

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Promoção do conforto da criança, jovem e família:
Intervenções de Enfermagem na gestão diferenciada da
dor aguda

Paula Cristina Lopes Sequeira

Lisboa

2019



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

Promoção do conforto da criança, jovem e família:
Intervenções de Enfermagem na gestão diferenciada da
dor aguda

Paula Cristina Lopes Sequeira

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“ Se queres a mudança sê a mudança que queres fazer”

Gandhi

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e à minha irmã, os pilares da minha vida! Pelo constante apoio e palavras de coragem, pelo amor incondicional todos os dias, por sempre acreditarem!

À Cau, Rita, Tânia e Irina, por nunca me deixarem desistir....pela amizade implícita em cada momento...pela força que representam!

Às minhas “Rainhas”, pelo carinho genuíno e palavras de conforto em tantos momentos difíceis!

À turma do 8º Curso de Mestrado, pela partilha de bons momentos...mas também de angústias que vocês sempre me ajudaram a ultrapassar!

À Ana Guerreiro e Mariana Almeida, cúmplices neste caminho...pelo afecto caloroso, sorrisos e ternura em todos e inesquecíveis momentos!

Aos meus amigos e familiares...por compreenderem as minhas ausências ao longo desta caminhada!

A todas as crianças e suas famílias que tornaram este projeto concretizado!

A todos os enfermeiros orientadores...pela sabedoria transmitida, apoio e incentivo!

À Professora Doutora Maria Teresa Magão pela orientação e disponibilidade ao longo deste percurso!

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento durante a infância, com um impacto preponderante tanto no desenvolvimento da criança e do jovem, como na dinâmica familiar, tornando-se o alívio e controlo da dor aguda uma das áreas diferenciadas de intervenção autónoma do enfermeiro. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada como padrão de qualidade e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada, sendo ainda um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados prestados.

O presente relatório de estágio tem como foco agregador a mobilização de estratégias não farmacológicas, no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda tendo em vista a promoção do conforto da criança, jovem e família e pretende evidenciar um percurso formativo de desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O processo formativo foi suportado numa metodologia crítica e reflexiva, baseada na evidência científica existente, na observação participante e prática clínica nos diferentes contextos de estágio e na partilha de experiências com peritos. Sendo a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e os princípios dos Cuidados Não Traumáticos dois pilares da enfermagem pediátrica, tornaram-se fundamentais para nortear este caminho assim como a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba enquanto referencial teórico de enfermagem.

Das atividades desenvolvidas neste percurso formativo destacam-se uma norma de procedimento sobre uma estratégia não farmacológica e a elaboração de um kit com material lúdico adequado a diferentes faixas etárias com orientações para a sua utilização pelos enfermeiros, no âmbito de estratégias não farmacológicas para alívio e controlo da dor aguda da criança/jovem em contexto de urgência pediátrica e que se constituem como elementos fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no meu contexto profissional.

Palavras-chave: Criança, Conforto do paciente, Intervenções não farmacológicas; Enfermagem pediátrica, Gestão da dor

ABSTRACT

Pain is one of the main causes of suffering during childhood, with a preponderant impact in both child and youngster development and on family dynamics, with acute pain relief and control becoming one of the differentiated areas of nurses' autonomous intervention. The adequate management of pain in healthcare services is considered a quality standard and a children's right, which is enshrined, among other, in the Charter on Hospitalised Children and is also an essential step towards the effective humanizing of patients' care.

This internship report has non-pharmacological strategies as the aggregating focus, in the scope of acute pain's differentiated management, with the aim of promoting child, youngster and family comfort and of highlighting a training path with the development of the common skills of specialised nurses and the specific skills of nurses specialised in Infant and Paediatric Health.

The training path was supported by a reflective and critical methodology based on existing scientific evidence, on participant observation, on clinical practice in the several internship contexts and on sharing experiences with experts. Because the philosophy of family-centred care and the principles of non-traumatic care are two cornerstones of Infant Nursing, they have become essential to guide this path, as well as Katharine Kolcaba's comfort theory, as a nursing theoretical reference frame.

Among the activities developed in this training path, stand out a procedure standard on a non-pharmacological strategy and the development of a kit containing playful materials suitable for different age groups, with guidelines for the nurses' utilisation, in the scope of non-pharmacological strategies for the relief and control of the child/youngster's acute pain, in a context of pediatric emergency, as essential elements to improve the quality of care services in my professional context.

Keywords: Child, Patient comfort, Non-pharmacological interventions; Pediatric nursing; Pain management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

et al. – *et alii* (e outros)

p. – página

SIGLAS

APED – Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor

CCF – Cuidados Centrados na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CVSIJ – Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediátrica

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ENF – Estratégias Não Farmacológicas

IASP – International Association for the Study Pain

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

UNICEF - United Nations Children's Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
-------------------------	-----------

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Filosofia de Cuidados de Enfermagem Pediátrica	14
1.2. A promoção do conforto segundo a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	17
1.3. A gestão da dor da criança e do jovem	21
1.4. As estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda enquanto intervenções de enfermagem promotoras de conforto	24

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

27

3. DE CUIDADOS GERAIS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS: UM CAMINHO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

3.1. Serviço de Internamento de Pediatria	30
3.2. Cuidados de Saúde Primários	35
3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	41
3.4. Unidade de Urgência Pediátrica	48

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

56

5. PROJETOS FUTUROS

59

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

63

ANEXOS

ANEXO I – Estrutura Taxonómica de Katharine Kolcaba

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de estágio

APÊNDICE II – Guia Orientador das Atividades de Estágio

APÊNDICE III - Síntese das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda na criança/jovem

APÊNDICE IV - Jornal de Aprendizagem: “Envolvendo os pais no Cuidar”

APÊNDICE V - Questionário “A importância da utilização de ENF no alívio e controlo da dor aguda”

APÊNDICE VI - Folheto informativo "Como ajudar o seu filho a lidar com a dor na idade Pré-escolar 4-6 Anos”

APÊNDICE VII - Jornal de Aprendizagem: “A Amamentação como estratégia não farmacológica no alívio e controlo da dor”

APÊNDICE VIII - Póster: Cuidados não traumáticos na vacinação

APÊNDICE IX - Grelha de observação e registo das ENF mobilizadas para controlo e alívio da dor aguda aquando procedimentos potencialmente dolorosos”

APÊNDICE X - Síntese Reflexiva: “Cuidar de um RN prematuro”

APÊNDICE XI - Síntese reflexiva: “Team Building: gestão das emoções em enfermagem”

APÊNDICE XII - Grelha de registo dos cuidados de enfermagem durante procedimentos invasivos, com foco na gestão diferenciada da dor

APÊNDICE XIII - Kit “Gavetas Mágicas”

APÊNDICE XIV – Sessão de formação: “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica”

APÊNDICE XV - A música na sala de tratamentos

Apêndice XVI - Norma de procedimento: Utilização de Solução de Sacarose para diminuir a dor durante procedimentos potencialmente dolorosos

APÊNDICE XVII - Estrutura Taxonómica de Kolcaba de acordo com o contexto de estágio

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Depois de um percurso teórico de aquisição de novos saberes e conhecimento na área de enfermagem pediátrica, abraçado à minha experiência profissional e a uma extensa pesquisa bibliográfica sobre a evidência científica atual, seguiu-se um período mais focado na prática, onde tive a oportunidade de aplicar este conhecimento e realizar atividades que me permitiram adquirir e desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), durante a prestação de cuidados à criança, jovem e família, que decorreu em diferentes contextos de cuidados de saúde, numa lógica integradora de saberes. Este documento pretende espelhar de forma descritiva e reflexiva a prática desenvolvida, tendo por base a exposição, a análise crítica e o raciocínio clínico das intervenções desenvolvidas de acordo com o projeto inicialmente elaborado, durante o percurso teórico. Ruivo e Ferrito (2010) consideram que a metodologia de um projeto se baseia numa investigação centrada num problema real e identificado, e que a sua implementação resulta de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Desta forma, toda a prática de cuidados deve ser objeto de reflexão crítica, envolvendo um pensamento crítico e raciocínio clínico, conduzindo a mudanças positivas com ganhos em saúde para a criança, jovem e família, e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Mão-de-Ferro, 1999). A metodologia utilizada é descritiva, procurando uma reflexão crítica sobre o que observei, assim como a experiência de colaboração e prestação direta de cuidados de enfermagem, ancorados a uma pesquisa bibliográfica contínua, revestido de emoções vividas, relacionando a teoria com a aquisição de novas competências e solidificação dos saberes já adquiridos.

Nas últimas décadas verificou-se uma crescente preocupação com a temática da dor, sendo esta uma experiência complexa, subjetiva e pessoal. A comunidade científica tem vindo a realizar esforços no sentido de priorizar a prevenção, controlo e tratamento da dor (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2008), consistindo-se a sua ineficaz gestão um fenómeno mundial (Schreiber et al., 2014). A maioria das situações de cuidados de saúde têm dor associada pertencendo aos profissionais de saúde, desenvolver uma abordagem eficaz na sua prevenção (Direção Geral da Saúde (DGS), 2003). Em particular, a intervenção do enfermeiro é preponderante na avaliação e abordagem perante a dor. Na idade pediátrica, a dor apresenta

uma grande variabilidade na forma como se expressa devido à especificidade de cada grupo etário, estando associado à experiência de dor, o medo e a ansiedade, fatores que dificultam não só a sua avaliação, como a tomada de decisão por parte do enfermeiro quanto à intervenção a realizar (OE, 2013).

Em Portugal, o Guia Orientador de Boa Prática - Dor da OE recomenda a utilização de intervenções não farmacológicas (OE, 2008) no alívio e controlo da dor, sendo estas geralmente de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos potencialmente dolorosos ou como complemento de medidas farmacológicas, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor da criança e do jovem, promovendo a sua autonomia (OE, 2013). Compete ao EEESIP a promoção do bem-estar da criança, jovem e família e a gestão diferenciada da dor, assim como a gestão de medidas farmacológicas e a aplicação de conhecimentos e competências em estratégias não farmacológicas (ENF) para o alívio e controlo da dor (OE, 2013).

A literatura revela que o conceito de **conforto** tem sido identificado como um elemento inerente aos cuidados de saúde e tem vindo a assumir ao longo do tempo, uma importância considerável nas ciências da saúde e da enfermagem em particular (Apóstolo, 2009). Sendo a eficaz gestão da dor uma parte significativa do conceito de conforto (Kolcaba, 2003) considerei o modelo teórico de **Katharine Kolcaba - Teoria do Conforto** como o quadro de referência de enfermagem, orientador tanto da prática clínica desenvolvida no estágio como da elaboração deste relatório, uma vez que a teórica apresenta uma visão holística do conforto, tornando o mesmo fundamental para o cuidado de enfermagem pediátrica. Kolcaba (2003) refere que em situações de cuidados de saúde potencialmente stressantes, as necessidades de conforto da criança e família são essencialmente colmatadas pela equipa de enfermagem. Desta forma é dever do EEESIP proporcionar e garantir as condições de conforto de uma forma holística, centrando a sua intervenção num modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados.

Promoção do conforto da criança, jovem e família: Intervenções de Enfermagem na gestão diferenciada da dor aguda, foi o tema escolhido e trabalhado, dada a abrangência e pertinência na área dos cuidados de enfermagem pediátrica, ambicionando um aprofundamento de conhecimentos relativos à intervenção do EEESIP. Não obstante apenas a importância da temática, a minha inquietude perante a gestão eficaz da dor aguda da criança/jovem resulta não só do facto de esta dever constituir uma prioridade para todos os profissionais de saúde, como a sua avaliação, controlo, alívio e tratamento, através da

mobilização de ENF, se imporem como boas práticas na prestação de cuidados de qualidade (OE, 2008). Ao longo do meu percurso profissional, o interesse em aprofundar as questões relacionadas com a gestão da dor da criança e jovem foi crescendo, no sentido em que é dada uma maior ênfase às estratégias farmacológicas no seu alívio e controlo, em detrimento da apreciação e implementação de ENF no alívio e controlo da dor aguda.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018 de Julho de 2018 é da competência do EEESIP, providenciar “cuidados à criança/jovem promotores de majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”, tendo de possuir para isso “conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem”, procurar “evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar” e garantir a “gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” (p. 19193). Como o intuito de uma intervenção especializada na promoção do conforto da criança, jovem e família, saliento que apesar do conceito de gestão, quando aplicado à temática da dor, abarcar tanto a avaliação como o controlo, dei maior enfoque ao seu controlo e alívio, através da aplicação de ENF. No entanto, admito que a avaliação da dor está sempre implícita pois, “a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo” (Batalha, 2010a, p. 23).

Referente ao EEESIP, este deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança/jovem e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (Regulamento n.º 422/2018). O percurso de estágio foi pautado pela preocupação constante de orientar a prestação de cuidados alicerçada à filosofia de cuidados pediátricos, integrando dois pilares da Enfermagem Pediátrica: os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados Não Traumáticos (CNT) tendo como pano de fundo a Parceria de Cuidados. Também os direitos da criança e da criança hospitalizada, os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem estiveram cimentados no exercício reflexivo da prática e na elaboração deste relatório. Importa mencionar a importância de perspetivar o controlo e alívio da dor à luz do paradigma da transformação. Paradigma atual que reconhece na pessoa, a capacidade e a possibilidade de ser agente e parceiro nas decisões de saúde que lhe dizem respeito (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018), perspetivando os fenómenos como únicos e exclusivos, mas em interação continua com o ambiente onde está inserido (Lopes 2001). Assim, posso facilmente compreender as múltiplas influências do ambiente, inerentes ao alívio e controlo da dor, uma vez que os cuidados são prestados na sua globalidade numa abordagem holística, nas quais a criança, jovem e família são valorizados como um todo, no seu processo de saúde-doença.

O modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus, aplicado à disciplina de enfermagem por Benner (2001), refere que a competência se transforma com a experiência profissional e com o domínio do conhecimento, o que justifica a minha presença neste Curso de Mestrado, esperando que seja o início de um percurso que me permita atingir o nível de competente e no futuro de perito na área da promoção do conforto da criança e jovem através da gestão diferenciada da dor. Nesta linha de pensamento, defini como objetivos gerais, comuns a todos os contextos de estágio:

- √ Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à criança, jovem e família em diferentes contextos de prática;
- √ Desenvolver competências na promoção do conforto da criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor aguda.

Por sua vez, defini como objetivos específicos:

- √ Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias;
- √ Desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família nos vários estádios de desenvolvimento;
- √ Analisar a utilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda e na promoção do conforto da criança, jovem e família;
- √ Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- √ Capacitar os pais na promoção do conforto à criança e jovem.

Estruturalmente, o presente relatório tem início com o enquadramento teórico do tema apresentado onde se pretende realizar uma breve justificação da temática com fundamentação teórica quanto à promoção do conforto da criança, jovem e família e os contributos da aplicação das ENF na gestão diferenciada da dor. Posteriormente é descrito o problema e objeto em estudo, seguido da análise crítica e reflexiva dos objetivos e atividades desenvolvidas em cada local de estágio. No capítulo seguinte são descritas as competências comuns de EE (Enfermeiro Especialista) e específicas do EEESIP, adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso. Seguidamente, apresento uma descrição de alguns projetos que perspetivo desenvolver no âmbito do contexto profissional, seguido das considerações finais nas quais incluo um breve resumo do impacto deste percurso na minha formação como EEESIP. Para terminar, são contempladas as referências bibliográficas que dão assento ao trabalho desenvolvido. Em apêndices, apresentam-se os documentos resultantes das experiências de estágio, considerados relevantes e pertinentes neste percurso.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, serão apresentados os referenciais teóricos que se assumem na prática de enfermagem pediátrica e sustentam o problema em estudo, servindo como suporte orientador para o processo de aprendizagem e elaboração do presente relatório. Trata-se de um capítulo fundamental, uma vez que se espera do EE, uma prestação de cuidados de elevada qualidade, baseada na evidência científica, alicerçada às concepções teóricas que encorpam a disciplina de enfermagem, por forma a uniformizar a teoria e a prática.

1.1. A Filosofia de Cuidados de Enfermagem Pediátrica

“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. [...] Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.”

BOFF, 1999

O Cuidar é intrínseco ao ser humano e tem sido assumido como conceito central na **Enfermagem** (Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves & Cantarino, 2016), sendo nesta linha de pensamento que a disciplina de enfermagem tem vindo a sustentar a sua prática para “(...) um modelo holístico, subjectivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003, p. 29). A enfermagem tem sido concebida ao longo dos tempos como uma ciência e uma arte, a arte de **Cuidar**, que integra cuidados técnicos, científicos e humanos, baseados na relação interpessoal, sendo a sua essência os cuidados à pessoa, integrados num modelo holístico, em que esta é considerada como um todo e nunca dissociado em partes (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009).

Basto (2009, p.12) menciona que: “*o cuidar de enfermagem é baseado no princípio que é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-cliente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento (...). É aquilo que caracteriza a disciplina e que exige o desenvolvimento do saber próprio*”. Importa destacar o referido no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, Art.º 4, nº1) que refere que a disciplina de enfermagem “*é a profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano (...) ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível*” (OE, 2015, p.99).

A enfermagem é então, a arte de cuidar, atendendo à pessoa na sua unicidade e visando o seu bem-estar. Como já referido, o conceito de pessoa utilizado pelo EEESIP centra-se no binómio criança e família como beneficiários dos cuidados prestados, tal como descrito no Regulamento n.º422/2018 de Julho de 2018 em Diário da República.

A Convenção dos Direitos da Criança define **criança** “*como todo o ser humano com menos de dezoito anos*”(United Nations Children's Fund (UNICEF), 1990, p.6). Acrescenta ainda que “*para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão* (UNICEF, 1990, p.3). A **família** é entendida como um dos pilares de suporte da criança, exercendo uma forte influência no seu crescimento, desenvolvimento e promoção da sua saúde e bem-estar (Regulamento nº 351/2015). A sua importância é destacada como sendo um “*elemento natural e fundamental da sociedade (...) para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças*”, pelo que “*deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade*” (UNICEF, 1990, p.3).

A filosofia implícita no **Cuidar em Pediatria**, advoga que não chega cuidar da pessoa/criança na sua dimensão biológica, mas que esta deve ser vista como um ser único, que contempla o bem-estar tal como a pessoa o define, sendo o enfermeiro e a criança/família parceiros nos cuidados individualizados (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2017), contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso. Desta forma, a criança/jovem e sua família formam uma unidade, com necessidades específicas e individuais, onde a intervenção de enfermagem deve fluir para um objetivo comum, ou seja, cuidar da criança, jovem e família, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, tomando-se a família como a principal mediadora na prestação de cuidados de enfermagem às crianças e jovens.

A presença dos pais junto da criança/jovem está de acordo com a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, artigo 2º, que refere que a criança/jovem tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2008) e pela legislação dos Direitos da Criança, artigo 9º, que enaltece que a criança não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade (UNICEF, 1990), o que vai de encontro à **filosofia dos Cuidados Centrados na Família** (CCF).

A filosofia dos cuidados centrados na família “*reconhece a família como uma constante na vida da criança*” (Hockenberry & Barrera, 2014, p.11) constituindo-se como conceitos-chave no foco do cuidado, a dignidade e o respeito (os profissionais de saúde ouvem os utentes e valorizam as suas escolhas, incorporando os seus conhecimentos, valores,

crenças e cultura no planeamento dos cuidados), a partilha de informação (os profissionais de saúde partilham informação de forma completa e imparcial com o utente e sua família, de forma a que esta seja útil para a tomada de decisão relativa aos cuidados), a participação (o utente e família são incentivados na participação e no seu envolvimento nos cuidados, no nível que desejarem) e a colaboração (o utente/família e profissionais de saúde colaboram em programas e políticas de desenvolvimento, na sua implementação e avaliação) (Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017). Corroborando Santos (2006, p. 64) “*Importa destacar que a prática dos cuidados centrados na família não substitui ou demite os profissionais de saúde das suas funções; esta deve sim, criar condições que facilitem o envolvimento e a participação da família no processo de tratamento e adaptação à doença*”.

Os CCF integram como conceitos fundamentais a **capacitação** das famílias e o **empoderamento**. A capacitação diz respeito à intervenção de enfermagem com o objetivo de capacitar as famílias, de forma progressiva e individualizada, através da criação de oportunidades e meios para demonstrarem as suas aptidões, habilidades e competências atuais e adquirirem outras novas que sejam pertinentes para responderem às necessidades da criança/jovem. Corroborando Hockenberry & Wilson (2014), o papel do enfermeiro é apoiar a família na prestação de cuidados e na tomada de decisões. Por sua vez, o empoderamento refere-se à relação estabelecida entre os profissionais de saúde e as famílias, que possa contribuir para a aquisição ou manutenção de um sentimento de controlo sobre as suas vidas e o reconhecimento de pequenas mudanças que promovem as suas próprias habilidades, competências e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

O envolvimento dos pais no processo de cuidar constitui para todos, uma oportunidade de enfrentar momentos difíceis de separação ou de dor que a experiência da hospitalização ou doença potenciam. Segundo Mendes & Martins (2012), os cuidados de enfermagem pediátrica, coloca a sua tónica no desenvolvimento de um processo de parceria com os pais, com o intuito de responder com competência à singularidade do ato de cuidar da criança e jovem, de forma a proporcionar as condições favoráveis de um crescimento e desenvolvimento saudável. Deste modo, a **parceria de cuidados** tem uma perspetiva holística, cujo objetivo de enfermagem é manter a unidade familiar na ajuda do desenvolvimento e crescimento da criança/jovem.

Ancorado aos CCF, também os **cuidados não traumáticos** (CNT) constituem um dos pilares fundamentais da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, constituindo-se como um referencial de sustento à prática durante este percurso. Assentam no princípio de que os cuidados prestados por profissionais de saúde, devem minimizar ou eliminar o desconforto físico (imobilização, ruído, luminosidade, temperatura) e/ou psicológico (ansiedade, medo,

vergonha, culpa) experimentado pela criança ou jovem, sendo o seu principal objetivo não causar dano (Hockenberry & Barrera, 2014). São imperativos os pressupostos de evitar ou minimizar a separação da criança ou jovem da sua família, prevenir ou minimizar a dor ou eventuais lesões corporais, resultantes por exemplo, de procedimentos invasivos, e promover uma sensação de controlo na criança e jovem (Hockenberry & Barrera, 2014). A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e família passa pela prestação de CNT essenciais na área de pediatria, e vem espelhada no regulamento das competências específicas do EEESIP, constituindo-se como uma unidade de competência ao cuidar da criança, jovem e família nas situações de especial complexidade (Regulamento n.º 422/2018).

A evolução da prática de cuidados em enfermagem pediátrica, têm vindo a transformar-se, no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam os CNT e os CCF, atendendo às necessidades específicas da criança, jovem e família. Esta evolução deve-se principalmente à investigação que revela que as experiências de hospitalização/doença têm um impacto negativo na vida da criança/jovem e sua família. Neste contexto, surgem inúmeras estratégias, entre elas medidas de promoção de conforto, tema central deste relatório, que tornam o ambiente hospitalar promotor do mesmo e bem-estar da criança/jovem, facilitando a sua adaptação e transformando a experiência de hospitalização numa oportunidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento (Barros, 2003).

1.2. A promoção do conforto segundo a teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

“não há nada relativo ao conforto do doente que seja suficientemente pequeno para ser ignorado”

AiKens (1908), citado por Tomey & Alligood (2004)

Collière (1999) citado por Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo & Melo, 2016, menciona o cuidar como manter a vida do outro, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à mesma, que podem ser manifestadas de diversas formas, entre elas a necessidade de **conforto**.

O conceito de conforto está ligado à prática de enfermagem desde os tempos mais antigos, sendo desde cedo, algo expresso e visto como o objetivo dos cuidados de enfermagem. Ao longo dos tempos, o mesmo conceito ganhou formas que vão para além da sua dimensão física, sendo o processo de confortar bem mais abrangente, definido como um processo de cuidados que visa contribuir para o conforto holístico do doente (Kolcaba, 2003).

Em 1859, já Florence Nightingale, em *Notas Sobre Enfermagem*, mencionava que o conforto esteve sempre associado ao cuidado de enfermagem como algo importante ou desejado (Nightingale, 2005, cit. por Oliveira & Lopes, 2010). Para Morse, citado por Apóstolo (2009, p.66), a “*enfermagem tem um papel central no conforto dos doentes podendo ser considerado como um estado último de saúde e portanto uma meta ou objetivo do cuidar*”. Apóstolo (2009) refere-se ao conforto como um elemento central nos cuidados de enfermagem e que está vinculado à disciplina desde a sua origem.

Oliveira (2013, p.6), que analisa os termos bem-estar e conforto, refere que o conceito conforto apresenta um maior interesse para a disciplina de enfermagem, na medida em que pode “*ser considerado (...) como um resultado (mais) sensível à intervenção do enfermeiro, pelo carácter mais imediato da experiência e pela conotação de valorização da ajuda fortalecedora implícita*”. Assim, posso dizer que o conforto é um resultado imediato dos cuidados de enfermagem prestados, com ação fortalecedora na criança, jovem e família, alvo de tais cuidados

O termo **conforto** deriva do latim confortare e significa “*restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar*” (Apóstolo, 2009, p.62). O mesmo autor faz referência às diferentes perspectivas de conforto nas várias teorias de enfermagem, estando o seu conceito intrínseco na prática de cuidados de enfermagem nos mais distintos contextos. É exemplo a **Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba**, que através da visão holística do cuidar em enfermagem nos conduz a uma prática centrada nas necessidades de conforto da pessoa. A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e da prática, deve alicerçar as suas intervenções a referenciais teóricos que facilitem a construção de um pensamento crítico e reflexivo, orientador da prática de cuidados, caminhando para o avanço da profissão. Existem diversos modelos e teorias de enfermagem, com diferentes concepções e abordagens, no entanto partem de uma mesma combinação de conceitos relacionados com a pessoa, o ambiente, a saúde e a Enfermagem, considerados como **metaparadigma** da enfermagem. Tomey & Alligood (2004) referem que o metaparadigma é o nível mais abstracto do conhecimento, que determina os principais conceitos que envolvem o conteúdo e o âmbito da disciplina.

Na teoria do Conforto, Kolcaba esclarece os **conceitos metaparadigmáticos** como: Pessoa: é o doente, ou seja, o indivíduo, família, instituições ou comunidade que recebe ou que necessita de cuidados de saúde; a saúde refere-se ao funcionamento ideal do doente, família ou comunidade, tendo em conta as suas necessidades de conforto e conforme definido pelos mesmos; o ambiente surge relacionado com as influências externas ao doente que podem ser manipuladas pelos enfermeiros ou familiares, para melhorar o conforto; por fim a

enfermagem é a avaliação intencional das necessidades de conforto do doente/família/comunidade, o entendimento de medidas de conforto para atender essas necessidades e a sua reavaliação ou reapreciação dos níveis de conforto após implementação de tais medidas, em comparação com uma linha de base anterior (Tomey & Allgood, 2004).

Pela necessidade de seguir um referencial teórico de enfermagem que sustentasse os meus objetivos e atividades ao longo deste percurso, com o intuito de adquirir e desenvolver competências específicas de EEESIP, promotoras da maximização da saúde da criança, jovem e família com foco nas suas necessidades de conforto, optou-se pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Trata-se de uma teoria caracterizada por um número reduzido de conceitos e pressupostos, baixo nível de abstração e uma fácil utilização na prática atual, considerada por isso, uma teoria de médio alcance que permite avaliar as medidas de conforto proporcionadas ao doente/criança, uma vez que os cuidados de conforto requerem um processo de ações confortantes (Apóstolo, 2009). Desta forma, Kolcaba operacionalizou o conceito de conforto e tornou-o funcional como resultado da prática de enfermagem ao considerar que o processo de confortar só fica completo com a avaliação dos resultados. O estado de conforto é assim, o resultado esperado pelos enfermeiros e implica a minimização ou ausência de preocupação, sofrimento e dor (Mendes, Cruz, Rodrigues, Figueiredo & Melo, 2016).

Segundo Kolcaba (2003), o conforto é definido como a experiência imediata de se ser fortalecido através da satisfação de três tipos de necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) experienciadas nos quatro contextos específicos do indivíduo. Para entender e clarificar o constructo da Teoria do Conforto, é fundamental apresentar as explicações que Kolcaba utiliza para cada conceito. Os três tipos de necessidades associadas ao conforto são: **alívio**, como sendo um estado em que uma necessidade específica de conforto foi satisfeita, a **tranquilidade** associa-se a um estado de calma, contentamento ou de satisfação que foi experienciada pelo doente, e a **transcendência** refere-se à habilidade do doente superar os seus problemas ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados. A autora refere ser muito mais eficaz responder às necessidades de conforto do indivíduo, nos seus quatro contextos (físico, ambiental, social e psico-espiritual), seja através de uma única intervenção ou de várias, tornando desta forma os cuidados mais eficientes, trazendo maior satisfação a doentes e enfermeiros. Os quatro contextos do indivíduo onde o conforto pode ser experienciado, foram definidos por Kolcaba (2003) como:

- **Físico** – pertence às sensações do corpo e são exemplos os mecanismos de homeostasia, que têm que ser mantidos ou restabelecidos para manter o conforto físico;

- **Psico-espiritual** – pertence à consciência interna de si próprio, incluindo conceitos como a auto-estima, o conceito de si mesmo, sexualidade e o significado da vida, pode também abranger a relação com uma ordem ou ser mais elevado;

- **Social** – pertence às relações interpessoais, familiares e culturais. Inclui tradições, linguagem, costumes, questões de ordem financeira ou de educação;

- **Ambiental** - pertence ao meio, às condições e influências externas, engloba a luz, ruído ou a temperatura. Em relação ao conforto ambiental, o enfermeiro pode e deve manipular o meio envolvente do doente, como por exemplo, o nível de ruído ou o mobiliário, de forma a aumentar o conforto do doente (Kolcaba, 2001).

Desta forma, Kolcaba desenvolveu e testou uma grelha, que designou de estrutura taxonómica, onde correlacionou os três tipos de necessidades de conforto com os quatro contextos de experiência do indivíduo, formando um conjunto de doze células, e estas revelam “a forma total do conforto holístico” (Apóstolo, Antunes, Mendes & Castro, 2012, p.35), (Anexo I).

Para uma melhor compreensão da Teoria de Conforto de Kolcaba, e dada a sua importância para a temática em estudo, é essencial fazer referência aos conceitos de necessidades de cuidados de saúde e medidas de conforto. Kolcaba define **necessidades de cuidados de saúde** como: “*necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde (...), que não podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não verbais (...)*” (Tomey & Alligood, 2004, p.484).

Por sua vez, as **medidas de conforto** são definidas como intervenções de enfermagem concebidas para aumentar o nível de conforto do doente e estão categorizadas em três tipos de intervenção (Kolcaba, 2003): medidas técnicas, intervenções designadas para manter a homeostasia e para controlar a dor, por exemplo a monitorização de sinais vitais ou a administração de medidas farmacológicas para o alívio da dor; medidas de instrução que têm como objetivo a diminuição da ansiedade, o fornecimento de informação e segurança, o saber-ouvir e o reforço positivo, são medidas que ajudam no estabelecimento de um plano de recuperação ou integração do doente e medidas de “comfort food for the soul”, que são intervenções que fortalecem os doentes de uma forma intangível e/ou pessoal.

Por considerar que o desconforto surge muitas vezes associado à pessoa que experiencia dor, à luz das teorias de enfermagem é expectável que o conforto seja um dos objetivos de intervenção do enfermeiro (Pinto & Conceição, 2008), integrando a mobilização de ENF para o alívio e controlo da dor e que Kolcaba defende poderem ter como alvo, qualquer um dos aspetos do conforto da estrutura taxonómica da sua teoria.

As teorias de enfermagem têm sido um contributo fundamental para a formação de uma base sólida de conhecimento de forma a promover uma prática clínica especializada, competência comum inerente ao EE que deve assentar os seus processos de tomada de decisão em padrões de conhecimento válidos e atuais, constituindo-se como alicerces facilitadores no seu processo de aprendizagem e tornando-o um agente ativo no campo da investigação (Regulamento n.º 140/2019). No âmbito da filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, enaltecendo os pilares anteriormente referidos, o EEESIP deve prevenir o aparecimento de desconforto a vários níveis, avaliando adequadamente a predisposição para tal e intervindo para a promoção do conforto especificamente na gestão diferenciada da dor aguda (Regulamento n.º 422/2018).

A Teoria do Conforto de Kolcaba veio ajudar a uma melhor compreensão da problemática, encarando o conceito de conforto como uma intervenção de enfermagem de forma holística e incentivando em simultâneo a uma reflexão da prática diária (Kolcaba, 2003).

1.3. A gestão da dor da criança e do jovem

“A dor é uma realidade filosoficamente imperfeita...É um desafio audaz...É uma batalha que, por vezes, se perde, mas que, mais frequentemente, se ganha.”
(PNLCD)

Pela necessidade de alertar os profissionais de saúde para a problemática da Dor e reconhecendo a sua importância na prestação de cuidados de saúde, a Direção Geral de Saúde (DGS) em interação com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), elaborou o primeiro documento estratégico, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) aprovado em 2001, onde se encontra recomendado a introdução de ENF no alívio e controlo da dor (DGS & APED, 2001). Posteriormente a dor é considerada o 5º sinal vital pela DGS em 2003, e em 2008 emergiu o Programa Nacional de Controlo da Dor.

A **dor** é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real, sendo ainda considerada um fenómeno multidimensional e complexo. Esta definição mostra-nos a capacidade de a dor afectar o indivíduo na sua globalidade, pelo que a sua abordagem, na maioria dos casos, deve ser multifacetada, tendo em conta não só os aspectos sensoriais da dor, mas, também, as implicações psicológicas, sociais e até culturais, associadas à patologia ou situação dolorosa (DGS, 2008). Esta conceção multidimensional da

dor é primordial para fazer uma adequada avaliação da dor e para o seu alívio e controlo de forma eficaz.

A dor também é descrita por Kolcaba (2003), como um desconforto multidimensional que inclui componentes sensitivos, cognitivos e afetivos. A autora acrescenta que é uma sensação específica que ocorre no organismo com um variável nível de intensidade. Apesar de a relação entre controlo da dor e conforto ser complexa, a mesma esclarece que o conforto é um termo amplo onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa do processo de cuidar (Kolcaba, 2003).

Sendo a dor uma experiência subjetiva, isto é, a forma como cada pessoa a vive e qualifica é única e intransmissível, existe a necessidade de uma intervenção de enfermagem especializada e individualizada, além da simples administração de fármacos. Este cuidado diferenciado possibilita a pessoa alvo de cuidados, a lidar com a experiência de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo (OE, 2008).

Apesar da experiência de dor ser única e variável em cada pessoa, a categorização dos diferentes tipos de dor tem orientado as metodologias de intervenção (Barros, 2003).

É importante diferenciar a **dor aguda**, habitualmente limitada no tempo, de início repentino, havendo geralmente uma definição temporal e/ou causal e é considerada a principal causa de procura de cuidados de saúde, da **dor crónica**, definida como uma dor prolongada no tempo ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que causa sofrimento e que muitas vezes persiste, podendo levar a sequelas incapacitantes (DGS, 2008). A mesma entidade menciona que no tipo de dor aguda, é fundamental controlar a dor, não só por razões éticas e para evitar o sofrimento desnecessário, como também para reduzir o risco de complicações e o tempo de internamento dos doentes. O alívio da dor fez sempre parte do cuidar em enfermagem. Controlar e aliviar a dor é um direito humano básico para todos os grupos etários sem exceção (OE, 2008).

A dor aguda ou crónica faz parte das experiências vivenciadas, sejam elas passageiras ou mais permanentes da maioria das crianças e jovens. Corroborando Barros (2010), a **dor pediátrica** é um fenómeno multidimensional e complexo, que faz parte integrante da vida de um grupo significativo de crianças e famílias. A atenção particular pela experiência de dor na criança surge na década de setenta, quando se comprovaram diferenças significativas na abordagem da dor na criança, relativamente a adultos em condições semelhantes (Batalha, 2010a). A DGS (2010) afirma que a criança sente dor e tem memória da mesma, sendo a dor não tratada, representativa de consequências a longo prazo, nomeadamente alterações permanentes no sistema nervoso que irão agravar as resposta futuras à mesma experiência de

dor. Mesmo nos países desenvolvidos existe uma ineficaz gestão da dor das crianças e dos jovens e é um facto que a maioria das crianças recebe cuidados inadequados para o alívio da dor (IASP, 2005). São vários os autores que referem que as práticas de enfermagem no alívio e controlo da dor estão longe do que é considerado ideal, pelo que é fundamental uma abordagem multidisciplinar do fenómeno da gestão da dor (Twycross & Dowden, 2009).

Deste modo, o processo de **gestão da dor** da criança e do jovem é muito mais abrangente do que o simples tratamento e na maioria das situações a dor pode ser prevenida, ou pelo menos reduzida utilizando estratégias de baixo custo farmacológico, psicológicos e físicos. Barros (2010) refere que houve um grande avanço no entendimento da dor do ser humano e uma consequente melhoria no tratamento da mesma nas diversas faixas etárias pediátricas, no entanto muitas crianças ainda apresentam a sua dor subtratada ou tratada de forma insuficiente. Em 2012, um estudo realizado por Batalha, revelou uma redução significativa da prevalência da dor relativamente a 2002 (75% vs 37%), contudo a prevalência das intervenções farmacológicas não sofreu alterações (43% vs 42%), mas a implementação de ENF baixou significativamente (72% vs 15%), o que demanda particular atenção (Batalha, 2013).

Atualmente, a gestão adequada da dor nos serviços de saúde é considerada como padrão de qualidade, sendo o seu controlo um dever e uma competência dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada, sendo ainda um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados prestados (DGS, 2003, 2010). Partindo da premissa que a gestão eficaz da dor e a prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família tem como finalidade a promoção do bem-estar de uma forma holística, é da responsabilidade do enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados. Sendo claro que as intervenções de enfermagem podem ser de carácter **autónomo** ou **interdependente**, destaco as autónomas como as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino ou na formação, com os contributos da investigação em enfermagem. Por sua vez as intervenções interdependentes são consideradas as ações realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares (OE, 2012).

As ENF constituem-se como um importante recurso para o alívio e controlo da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas (OE, 2013). A aplicação e mobilização de ENF variam em função de uma multiplicidade de fatores, desde a intensidade da dor, tipo, etiologia, sendo estas consideradas estratégias seguras, não invasivas, de baixo

custo económico e intervenções autónomas da profissão de enfermagem (Batalha, 2010a). Segundo o mesmo autor, as dificuldades que existem no alívio e controlo da dor, fazem parte dos obstáculos que os profissionais de saúde têm obrigação de ultrapassar, sabendo que, em mais de 90% de todos os casos de dor é possível um tratamento eficaz, sendo a dor aguda passível de ser tratada (Batalha, 2010a).

Assim, sempre que o enfermeiro preveja a ocorrência de dor ou avalie a sua presença deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008). Torna-se da responsabilidade, especialmente do EEESIP, evitar que as crianças e jovens passem por experiências dolorosas ou desconfortáveis, uma vez que o seu impacto pode provocar efeitos a longo prazo significativos, sendo preciso investigar as causas subjacentes e intervir. É difícil descrever as causas para o tratamento e controlo ineficaz da dor, mas McGrath & Unruh (2014), atribuem a ineficaz gestão da dor a mitos, conhecimentos insuficientes por parte dos profissionais de saúde e a aplicação inadequada do conhecimento existente. Sendo a criança/jovem um ser único, em desenvolvimento e interação constante com o que a rodeia, os cuidados de enfermagem prestados são necessariamente individuais e holísticos, devendo o alívio e controlo da dor considerados como atos humanos, singulares e personalizados (Batalha, 2010a).

1.4. As estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor aguda enquanto intervenções de enfermagem promotoras de conforto

“ O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem. É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas ”

Malinowski & Stamler (2002)

De acordo com Apóstolo (2009) o foco do exercício da profissão de enfermagem tem vindo, ao longo da sua história, a centrar-se no desconforto do doente e nas intervenções para o minimizar. Kolcaba & DiMarco (2005) referem que quando o desconforto associado à dor não pode ser impedido, os enfermeiros podem ajudar a criança, jovem e família, a enfrentar o estado de transcendência de forma parcial ou completa, através de intervenções de conforto, como é o caso das ENF no alívio e controlo da dor. A perspetiva de conforto abordada por Kolcaba, corrobora que as intervenções de enfermagem são a ação de confortar o outro e que o conforto é o resultado dessa ação, logo, a minimização ou erradicação da dor é um ato de

conforto (Apóstolo, 2009). Apesar de a relação entre controlo da dor e conforto ser complexa, Kolcaba esclarece que o conforto é um termo abrangente onde a eficaz gestão da dor está incluída, sendo uma parte significativa (Kolcaba, 2003).

Como referido anteriormente, a gestão adequada da dor comporta a mobilização de ENF no seu alívio e controlo, que não substituem o tratamento farmacológico, mas são eficazes por si só ou quando aplicadas concomitantemente ajudam a diminuir a percepção de dor, tornando-a mais tolerável, reduzem os níveis de ansiedade e aumentam a eficácia e a redução da dose de fármacos analgésicos (Rusy & Weisman, 2000). Segundo Barros (2010), este tipo de estratégias tem demonstrado uma grande eficácia na gestão da dor aguda associada a procedimentos dolorosos, sendo ainda considerado pela DGS (2012a), um critério de boa prática para reduzir o medo e a ansiedade da criança/jovem durante os procedimentos invasivos.

As ENF podem ser classificadas como: comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (aliviam a dor através de métodos mentais), cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso e têm como alvo o comportamento e a cognição), suporte emocional (através da presença de uma pessoa significativa), e ambientais (através da melhoria das condições ambientais) (OE, 2013), e que serão abordadas mais detalhadamente no Apêndice (X). Para Batalha (2010a), a escolha de cada ENF, varia de acordo com o custo benefício, os recursos existentes em cada serviço, as preferências, habilidades e competências da criança e jovem, assim como do seu desenvolvimento cognitivo. Este tipo de estratégias são medidas adjacentes ao processo de enfermagem elaborado pelos enfermeiros com vista à resolução do foco de atenção Dor da criança, jovem e família e a sua aplicação deve seguir as linhas orientadoras patentes nos guias de boas práticas de cuidados de enfermagem emanados pela OE, baseados na evidência científica existente. Compreende-se assim a necessidade de uma gestão diferenciada da dor na criança e do jovem para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Segundo Batalha (2013) as boas práticas na avaliação e controlo da dor na idade pediátrica passam pelo envolvimento ativo da criança, jovem e sua família como verdadeiros parceiros da equipa multidisciplinar, onde os cuidados devem ser orientados para uma avaliação sistemática da dor, uma atitude preventiva em relação ao seu aparecimento e onde a intervenção especializada, aliada às estratégias farmacológicas e não farmacológicas, deve ser a regra. De acordo com Kolcaba & DiMarco (2005), a presença dos pais é uma das intervenções de promoção do conforto aquando da realização de procedimentos invasivos. Desta forma uma das prioridades do enfermeiro é prever e antecipar as situações causadoras

de possível dor ou desconforto para a criança e jovem que não se encontram dissociados da sua família. É a família que cuida, que toma decisões e possui um maior conhecimento da criança/jovem, pelo que é essencial valorizar as estratégias para o restabelecimento das necessidades de conforto da mesma, enaltecendo a intervenção de enfermagem ancorada aos CCF. Desta forma, é fundamental que a intervenção do enfermeiro à criança, jovem e família em situação de dor passe por colmatar as suas necessidades de cuidados de saúde tendo em conta a aplicação de medidas de conforto para atingir o bem-estar em todos os níveis de conforto descritos por Kolcaba. No entanto, sendo a família uma constante na vida da criança/jovem, também os pais experienciam necessidades de cuidados de saúde que carecem de medidas de conforto.

Devido à inevitabilidade de realização de alguns procedimentos invasivos, torna-se essencial que o EEESIP detenha conhecimentos e habilidades sobre a mobilização das ENF de alívio e controlo da dor com vista ao bem-estar físico, psicológico, social e espiritual, da criança/jovem, que lhe permite alcançar todo o seu potencial, não a dissociando dos pais/família (Regulamento n.º 351/2015). Assim, na procura de prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, o EEESIP maximiza o bem-estar da criança, jovem e família tendo em atenção o controlo e alívio da dor (OE, 2013), contribuindo positivamente e de forma holística para a plenitude do seu conforto, especialmente na gestão diferenciada da dor aquando procedimentos potencialmente dolorosos ou desconfortáveis.

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

“I hope that nurses will collectively move boldly into a future where knowing about, and doing something about human needs for comfort and relief from pain are clearly within nursing’s realm”

(Kolcaba, 2003)

Neste capítulo procuro fazer a descrição e caracterização do problema, de forma a justificar a sua pertinência enquanto objeto de estudo.

Atualmente, o enfermeiro foca a sua intervenção numa melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, para o bem-estar da criança, jovem e família e mesmo para a sua satisfação pessoal e profissional, mas essencialmente intervém para proporcionar o melhor conforto ao doente (Kolcaba, 2003). Considerados sinónimos de conforto, são para Apostolo (2009), o controlo e a ausência de dor. Por isso, controlar e aliviar a dor, pode ter vários objetivos sendo um deles a promoção do conforto da criança, jovem e família.

A OE (2008) faz referência à negação ou à desvalorização da dor do outro, como um erro ético no confronto com o sofrimento, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Embora a dor seja um sintoma subjetivo, esta pode e deve ser avaliada e atenuada. A evidência atual tem demonstrado que as ENF no alívio e controlo da dor, são medidas adequadas e eficazes para atenuar a dor aguda inerente a procedimentos e intervenções potencialmente dolorosos, sendo a sua aplicação e implementação nos planos de cuidados, uma intervenção autónoma da disciplina de enfermagem (Batalha 2010a). Na última década temos assistido a consideráveis avanços na investigação e a diversas iniciativas para a melhoria das práticas nesta área, nomeadamente: ações de sensibilização e formação aos profissionais de saúde, publicação de orientações técnicas pela DGS, elaboração de guias de boa prática por parte da OE e o desenvolvimento dos primeiros estudos no âmbito desta temática (Batalha, 2013). No entanto, no domínio da implementação das ENF no alívio e controlo da dor não se verificam grandes avanços (Batalha, 2013), persistindo ainda mitos, falsos conceitos e informação desadequada em todos os intervenientes – utente, família, profissionais de saúde e instituições (OE, 2008). De facto, os conhecimentos e as atitudes dos enfermeiros, baseadas em falsas crenças e no défice de conhecimento, assim como a própria organização dos serviços, continuam a representar uma barreira fundamental à avaliação e gestão da dor da criança, jovem e família. No entanto, os enfermeiros enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contato com a criança, jovem e sua família encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no alívio e controlo da dor (OE, 2008), especialmente o EEESIP que deve garantir a gestão de medidas farmacológicas

de combate à dor e principalmente, aplicar conhecimentos e habilidades em ENF para o alívio da dor (Regulamento n.º422/2018).

No contexto da minha prática clínica, constato que ainda existe uma carência no uso e implementação das ENF no alívio e controlo da dor, aquando procedimentos/intervenções executados por enfermeiros ou por outros elementos da equipa multidisciplinar que provocam dor ou desconforto à criança/ jovem, não sendo implementadas ENF para minimizar ou evitar tais danos. A evidência científica tem demonstrado que a sua aplicação surte efeito na minimização da dor ou desconforto. Como referido no PNLCD (DGS & APED, 2001), um melhor controlo da dor proporciona um maior conforto ao doente, ajuda a prevenir potenciais complicações e contribui para a humanização dos cuidados prestados.

Durante a sua permanência no hospital, as crianças são submetidas a múltiplos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Dependendo da capacidade de compreensão e colaboração da criança/jovem, os procedimentos dolorosos podem ser difíceis e demorados, o que aumenta o sentimento de ansiedade, angústia e dor tanto para a criança/jovem como para a família. Corroborando Barros (2010), a não utilização de estratégias eficazes para o alívio e controlo da dor durante procedimentos invasivos, expõe a criança/jovem a sofrimento desnecessário e consequências significativas. Também Maccarthy & Kleiber (2006) referem que o stress e a ansiedade da criança/jovem e família tornam muitas vezes a execução dos procedimentos dolorosos ainda mais complexos. Desta forma o EEESIP deve focalizar a sua atenção na gestão diferenciada da dor e do bem-estar criança/jovem, mobilizando os recursos disponíveis oportunamente, recorrendo a um largo espectro de abordagens onde se incluem as ENF no alívio e controlo da dor.

Desta forma, o olhar aprofundado sobre a temática da dor, através da reflexão crítica da prática exercida, baseado na evidência científica existente e com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, justifica a procura de medidas na gestão diferenciada da dor. Indo ao encontro de McEwen & Wills (2015), para melhorar a prática de enfermagem, os profissionais necessitam de rever a literatura, analisar criticamente os resultados da evidência científica, questionar permanentemente a prática de cuidados e procurar melhores alternativas.

Através da literatura é possível entender que a dor se encontra subtratada na área dos cuidados pediátricos, por um lado associada à dificuldade de o enfermeiro integrar na prática diária de cuidados as ENF no alívio e controlo da dor e por outro lado a ineficaz apreciação da dor que leva a práticas inconsistentes na gestão da mesma (Batalha, 2013; Jacob, 2014). Por isso, a gestão diferenciada da dor deve ser uma prioridade para todos os profissionais de cuidados de saúde pediátricos. Desta forma, o EEESIP deverá ser um elemento dinamizador na sua equipa de trabalho no que respeita à implementação e mobilização das ENF no

controle e alívio da dor, devendo ter conhecimentos atualizados em relação à evidência científica mais recente. A gestão diferenciada da dor é um cuidado fundamental nos cuidados não traumáticos, onde é necessário a atualização constante de saberes nesta área, a desmistificação de mitos enraizados na nossa comunidade, um conhecimento maior sobre a apreciação da dor aguda e a prestação de cuidados diferenciados e especializados através da correta mobilização de ENF no alívio e controle da dor.

Sendo a mobilização de ENF, uma intervenção autónoma da profissão de enfermagem e a promoção do conforto nos diversos contextos essencial para o bem-estar da criança, jovem e família, a crescente tomada de consciência de que os mesmos passam por experiências de stress, angústia, sofrimento em dor e que muitas vezes estes sentimentos são incompreendidos, desvalorizados e/ou subtratados, conduziu à necessidade de investir na identificação de intervenções promotoras de conforto, que sejam minimizadores da dor e do sofrimento, atendendo às necessidades de mudança na prática de cuidados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no âmbito de uma Unidade de Urgência Pediátrica, sendo este o meu contexto profissional.

3. DE CUIDADOS GERAIS A CUIDADOS ESPECIALIZADOS: UM CAMINHO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

3.1. Serviço de Internamento de Pediatria

O estágio no serviço de internamento de pediatria representou o início do 3º semestre que contempla o primeiro contacto com o contexto de prática de cuidados.

O desenvolvimento das atividades propostas, tendo em consideração os objetivos delineados conforme apresentado no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II) perspectivaram um leque de experiências e situações que contribuiram para uma aprendizagem sistemática em situações de dor aguda, em crianças e jovens, nos quais os procedimentos invasivos são frequentes e parte integrante durante o período de internamento. Assim, neste contexto, pretendia compreender em que medida as ENF para o alívio e controlo da dor, eram aplicadas e qual a sua importância na promoção do conforto da criança, jovem e família. Para isso, comecei por realizar uma revisão bibliográfica das ENF no alívio e controlo da dor passíveis de serem utilizadas neste contexto (Apêndice III), permitindo assim desenvolver uma atuação e tomada de decisão baseada na evidência científica atual.

A hospitalização da criança ou do jovem é um processo gerador de sentimentos de angústia e medo tanto para si mesmos como para a família, pois encontram-se fora do seu ambiente habitual e da sua zona de conforto. De facto, por si só, o ambiente hospitalar é um fator de elevado stress e ansiedade, onde a criança se encontra rodeada de equipamentos e procedimentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2016). Por este motivo é essencial o papel do EEESIP na minimização do impacto ambiental na criança, jovem e família, e na promoção do seu bem-estar e conforto, pelo que deve atuar nesse sentido, diminuindo os efeitos negativos da hospitalização, através dos recursos disponíveis (Hockenberry & Wilson, 2014).

Primeiramente, importa mencionar que a *“admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”*, como referido na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008), devendo por isso, o internamento hospitalar ser o último recurso no processo de saúde/doença da criança e deve ser evitado sempre que possível ou quando inevitável. Algo que é cumprido neste serviço de internamento, uma vez que muitas admissões acontecem em regime de ambulatório. Hockenberry & Wilson (2014, p.1026)

salientam que as crianças são particularmente sensíveis ao impacto da doença e da hospitalização, porque estas “*representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina familiar e as crianças possuem um número limitado de mecanismos para lidar com os factores de stress*” e ainda refere que “*os principais stressors da hospitalização incluem a separação dos pais (...) a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor (...)*”. Pelo referido, foi essencial ter em conta, que as crianças têm o direito a estar acompanhadas pela família durante todo o período de internamento e em todas as intervenções realizadas, sendo essencial a gestão diferenciada da dor aguda, assim como a ponderação dos procedimentos invasivos realizados, e o envolvimento parental como fundamental para o melhor bem-estar da criança/jovem.

Durante o período de estágio, houve oportunidade de observar e colaborar na realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, na sala de tratamentos, com o enfermeiro orientador e com outros elementos da equipa de enfermagem. Verifiquei que por vezes a criança é submetida rapidamente à contenção física, não havendo oportunidade da explicação prévia do procedimento a realizar e onde não são negociados os cuidados prestados, não permitindo desta forma a sensação de controlo por parte da criança/jovem, o que vai contra a ideia de Sanches citado por Hockenberry & Wilson, (2014, p.1028) quando refere que “*a falta de controlo*” da dor “*aumenta a percepção de ameaça e pode afetar os mecanismos de coping das crianças*”. Neste sentido, durante a minha prestação de cuidados na sala de tratamentos, adotei e incentivei algumas ENF no alívio e controlo da dor, tais como: a distração com recurso a bonecos e livros variados, a imaginação guiada, a musicoterapia ou a visualização de programas infantis através de dispositivos electrónicos dos pais, a utilização de sacarose 24% e o posicionamento nas crianças mais pequenas. Sempre que possível e de acordo com o nível de desenvolvimento da criança, promovi a sua preparação para o procedimento doloroso, através da explicação prévia do mesmo e da promoção de contato com material didático (compressas, penso, ligaduras). Utilizei ainda, uma linguagem simples, adequada à faixa etária da criança, ajudando-a a adotar estratégias de autocontrolo. Foi igualmente importante promover o toque, a presença, a escuta ativa e o reforço positivo no final de cada procedimento doloroso, que se constituíram como estratégias eficazes na gestão diferenciada da dor aguda (OE, 2013). Dada a pertinência desta temática e a sua importância na qualidade dos cuidados prestados, elaborei um Jornal de Aprendizagem intitulado “Envolvendo os pais no Cuidar” (Apêndice IV). É essencial que o EEESIP tenha a habilidade de envolver a família nos cuidados e dotá-la de conhecimento, promovendo nesta o desenvolvimento de estratégias e competências já existentes ou a aquisição de outras novas que lhes permita lidar com a situação (OE, 2015).

Uma das preocupações foi a realização de qualquer procedimento doloroso na sala de tratamentos e não no quarto da criança ou na sala de brincar, o que constitui uma medida de promoção de conforto ambiental, como refere Kolcaba & DiMarco (2005). Esta atitude enaltece o respeito pelo espaço da criança e a garantia da sua privacidade, como também impede que outras crianças e pais presenciem estes procedimentos, indo ao encontro de uma prática de cuidados que respeita os direitos humanos (Regulamento n.º 140/2019).

Quando estabelecida uma relação de confiança e parceria, a criança, jovem e família experienciam uma sensação de transcendência pois conseguem ultrapassar a situação de desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser erradicados ou evitados (Kolcaba e DiMarco, 2005). É a família quem melhor conhece a criança/jovem, pelo que o meu objetivo passou por capacitá-la, criando oportunidades de partilha de conhecimento e procurando situações de aprendizagem de habilidades para que melhorassem e/ou adquirissem as competências necessárias para atender às necessidades de conforto da criança/jovem, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão do processo de saúde/doença (Regulamento n.º 422/2018). Para isso foi necessário atender às necessidades de informação dos pais e ao seu envolvimento na tomada de decisão dos cuidados à criança/jovem, estabelecendo com a família uma parceria de cuidar promotora da otimização da sua autonomia e bem-estar e consequentemente da maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018). Corroborando Batalha (2010a, p.21), *“pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor percepção”* da dor. Desta forma tive a preocupação constante de valorizar os conhecimentos dos pais acerca da dor da criança e assim de os envolver nas estratégias adotadas, valorizando as suas capacidades e habilidades para o *“estar junto”* da criança em situações potencialmente dolorosas ou stressantes. Foi exemplo, aquando procedimentos dolorosos, o incentivo dos pais a falarem calmamente com a criança, com um tom de voz calmo, sereno e tranquilo, o abraço e o toque, e até o sorriso para o seu filho, ajudaram a ultrapassar momentos de stress e de grande ansiedade tanto para a criança como para a família. Esta intervenção vai ao encontro da satisfação das necessidades que Kolcaba & DiMarco (2005), mencionam como necessidades de conforto psico-espiritual, aquelas que proporcionam à criança/jovem e família enfrentar ou ultrapassar de forma tranquila as situações de desconforto (como sejam procedimentos dolorosos).

Também Barros (2003, p. 127) salienta que *“só com um envolvimento activo dos pais se poderá obter um êxito simultaneamente rápido e prolongado no tempo”*. A mesma autora sublinha que avaliar a interação dos pais com a criança, durante um procedimento doloroso, ajuda na análise das atitudes parentais perante uma perturbação da criança, e ajuda-os a

compreender a importância das suas atitudes. A intervenção direcionada à família tem assim o objetivo de reforçar os comportamentos mais colaborantes durante o procedimento e identificar, de forma não culpabilizante, as atitudes menos adequadas, de modo a diminuir o sofrimento da criança (Barros, 2003).

Face ao exposto e seguindo a filosofia de CCF com enfoque no envolvimento parental e na parceria de cuidados, procurei desenvolver uma parceria negociada com a família ou pessoa significativa, tendo em consideração os seus desejos, competências e habilidades no cuidado à criança e jovem, com base na criação de uma relação de empatia, partilha, negociação e confiança.

A filosofia dos cuidados de enfermagem prestados valoriza o respeito pelas preferências e hábitos diários da criança/jovem e família, logo desde o acolhimento, minimizando deste modo a existência e o impacto de rotinas hospitalares. Assim, além de ter promovido sempre a presença da família junto da criança, especialmente durante procedimentos dolorosos, para evitar a angústia da separação, especialmente entre os 2 e os 6 anos de idade (OE, 2011), procurei também incentivar os pais a realizarem ao máximo as rotinas diárias habituais da criança (por exemplo a hora do banho) para promover uma sensação de regresso à rotina e diminuir o choque da hospitalização. De igual modo, sugeri a utilização de brinquedos favoritos e familiares por parte da criança, para lhe transmitir maior conforto e segurança através de objetos conhecidos.

No âmbito da temática deste relatório, que se centra na promoção do conforto da criança, jovem e família através da implementação das ENF no alívio e controlo da dor aguda, e de forma a perceber as atividades de enfermagem já implementadas no serviço de internamento e as suas eventuais necessidades neste sentido, colaborei com o grupo Grupo de Trabalho Contra a Dor, iniciando a minha intervenção com a realização de um questionário dirigido à equipa de enfermagem sobre “a importância da utilização de ENF no alívio e controlo da dor aguda” (Apêndice V), cujo principal objetivo consistiu em identificar as situações mais frequentes onde as ENF são aplicadas e a importância atribuída ao envolvimento parental durante uma situação de dor ou geradora de stress/desconforto. O questionário foi aplicado a 9 enfermeiros do referido serviço e constatou-se que a faixa etária mais difícil de aplicar as ENF no alívio e controlo da dor é a idade pré-escolar (respondido por 7 enfermeiros), maioritariamente em situações de punção venosa periférica (respondido por 4 enfermeiros), e para a maioria dos enfermeiros o envolvimento parental durante a prestação de cuidados de enfermagem é uma estratégia facilitadora numa situação de dor ou geradora de stress/desconforto.

Como forma de complementar a minha intervenção, elaborei um folheto intitulado “Como ajudar o seu filho a lidar com a dor na idade Pré-escolar 4-6 Anos” (Apêndice VI), dirigido aos pais, que visa dar a conhecer algumas ENF minimizadoras da dor e do desconforto durante procedimentos potencialmente dolorosos e que podem ser facilmente adoptadas por estes. Estas atividades foram consideradas bastante pertinentes pelo enfermeiro orientador e pela enfermeira-chefe do serviço, pois puderam promover a qualidade dos cuidados prestados, contribuindo para o envolvimento da família nos mesmos e para a satisfação tanto da equipa como da criança, jovem e família, minimizando tanto quanto possível sentimentos de angústia, stress e dor, durante procedimentos potencialmente geradores de dor/desconforto.

A realização das atividades supracitadas possibilitou dar resposta a um dos objetivos específicos para este contexto, que se prende com a capacitação dos pais na promoção do conforto à criança e jovem. Os cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família hospitalizada, centram-se então nas relações interpessoais, o que implica que os profissionais de saúde sejam detentores de um conjunto de saberes técnicos e relacionais que lhes permitam prestar cuidados de saúde individualizados em função das necessidades de cada família, de forma a promover o desenvolvimento saudável de toda a estrutura familiar.

É no contexto da prática clínica e refletindo sobre a ação, que os profissionais de saúde estabelecem relações terapêuticas, de confiança e empáticas com a criança, jovem e família e aprendem a escutar e a lidar com uma grande diversidade e complexidade de situações. Esta premissa torna-se fulcral, na medida em que o EEESIP detém as competências necessárias no cuidado à criança, jovem e família de forma a contribuir para uma adaptação eficaz da família à situação de doença/hospitalização da criança/jovem, e assim promover o seu desenvolvimento e bem-estar em todos os seus contextos.

Desta forma, a promoção do conforto da criança, jovem e família, foi uma preocupação constante ao longo deste percurso, onde privilegiei a integração dos pais nos cuidados e promovi fontes de conforto às crianças e família num ambiente acolhedor e confortável. Existe uma preocupação por parte da equipa em proporcionar um ambiente seguro, acolhedor, individualizado e terapêutico às crianças, jovens e família, através da decoração e iluminação, tipicamente dirigido aos mais novos, que interligando com Teoria do Conforto, constato que existe uma preocupação constante em promover o conforto ambiental.

A utilização das ENF no alívio e controlo da dor na criança, ajudaram a gerir tanto a dor, como o medo e a ansiedade, funcionando como intervenções confortantes na gestão diferenciada da dor, que garantem um processo de cuidados humanizados e afetivo, com ações minimizadoras de desconforto e de sofrimento físico e emocional à criança/jovem e família (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida 2016).

3.2. Cuidados de Saúde Primários

Os objetivos delineados para este contexto de estágio assentaram essencialmente no desenvolvimento de competências específicas na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, no desenvolvimento de estratégias de comunicação com a criança, jovem e família de acordo com o estágio de desenvolvimento, no âmbito da promoção do conforto da mesma através da utilização de ENF no alívio e controlo da dor aguda, essencialmente aquando procedimentos dolorosos, conforme descrito no Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II).

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, os cuidados de saúde primários representam o pilar central do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de acesso da população à prestação de cuidados de saúde e assumem funções essenciais de promoção da saúde e prevenção da doença. Os Agrupamentos de Centros de Saúde, são constituídos por diversas unidades funcionais, que visam garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população numa determinada área geográfica. Destas unidades funcionais, constam as Unidades de Saúde Familiar (USF) que têm por responsabilidade manter e melhorar o estado de saúde da população por elas abrangidas, de forma individualizada, através da prestação de cuidados de saúde gerais, garantindo a boa acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde, abrangendo todos os contextos sociofamiliares dos utentes, (Pisco, 2007).

O EEESIP tem a função de prestar cuidados específicos de enfermagem em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, jovem e família, promovendo a maximização do seu potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude (Regulamento n.º 422/2018). Especificamente no contexto de cuidados de saúde primários, o EEESIP tem um papel autónomo nos cuidados prestados à criança, jovem e família, orientando a sua própria intervenção na vigilância, na promoção da saúde e prevenção da doença das crianças e jovens, obedecendo às orientações técnicas preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e pelo Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Neste contexto de estágio a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Pediátrica (CVSIP) é realizada autonomamente pelo EEESIP e encontra-se implementada desde Maio de 2015, sustentada por um protocolo elaborado pelo mesmo, visando garantir os cuidados de saúde adequados e eficazes a todas as crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, que se encontram inscritos na unidade de saúde, de acordo com as idades-chave preconizadas pelo PNSIJ (DGS, 2013). A CVSIP integra ainda a realização da vacinação infantil de acordo com as orientações preconizadas pelo PNV.

Durante o estágio tive oportunidade de realizar consultas de enfermagem, em todas as idades-chave, com o foco de atenção nos aspetos fundamentais da temática do meu projeto de estágio e no desenvolvimento de competências específicas de EEESIP. Deste modo, procurei desempenhar uma prática sustentada pela evidência, orientada e sistematizada, considerando a promoção do conforto da criança, jovem e família através da gestão diferenciada da dor aguda, como uma intervenção especializada de acordo com o contexto de cuidados.

As CVSIP constituíram momentos promotores de competências parentais, através do envolvimento dos pais no cuidar da criança e jovem e na adaptação de cada família à fase de desenvolvimento da mesma. Possibilitaram ainda a avaliação global da criança e família e ajudaram na deteção precoce, sinalização e supervisão de situações de risco. A consulta de enfermagem representa assim, uma oportunidade para orientar e ajudar os pais a compreenderem melhor o desenvolvimento do seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os de uma forma antecipada para os desafios característicos de cada idade, promovendo desta forma o *empowerment* e as competências individuais de cada elemento no seio familiar. O conceito de empowerment em saúde, é definido como um processo através do qual as pessoas adquirem conhecimentos e competências, que proporcionam um acréscimo de poder e controlo, elucidado através da sua participação e tomada de decisão nos cuidados prestados (Regulamento nº 367/2015).

Durante a realização da consulta de enfermagem, esteve sempre presente a preocupação de desenvolver uma relação de proximidade com a criança, jovem e família, logo desde início, através da utilização de uma linguagem acessível e culturalmente aceite, assim como o recurso à brincadeira e atividades lúdicas e ainda a utilização das ENF no alívio e controlo da dor aguda, adequadas à idade e desenvolvimento da criança, tendo representado uma estratégia facilitadora para o estabelecimento de uma relação de proximidade e terapêutica com a mesma e sua família. No momento da consulta e indo ao encontro do preconizado no Guia orientador de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), o enfermeiro tem um papel decisivo na educação e aconselhamento dos pais, pelo que procurei que os pais encontrassem naquele momento uma oportunidade para questionar, exprimir sentimentos e esclarecer dúvidas, essenciais ao desempenho do seu papel parental de forma mais satisfatória e conforme preconizado no PNSIJ quando refere que os profissionais *“deverão propiciar aos pais um à-vontade suficiente para se exprimirem sem receio e veicularem as suas dúvidas”* (DGS, 2013, p.59). Em parceria com o EEESIP foram identificadas necessidades e otimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança e da família, através da disponibilização de orientações e ensinios individualizados de acordo com a singularidade de cada família. O PNSIJ destaca a importância de se considerar as

preocupações dos pais, uma vez que eles representam as pessoas que mais acompanham a criança, num meio onde a mesma se expressa melhor (DGS, 2013). Neste sentido, o planeamento das consultas iniciou-se na grande maioria das vezes e após uma breve observação do estado geral da criança, com a escuta ativa e valorização dos receios e dúvidas expressas pelos pais.

A calendarização das consultas de enfermagem de saúde infantil para as idades chave é realizada juntamente com o esquema cronológico preconizado pelo PNV, sempre que possível, o que exige uma grande organização e coordenação entre o EEESIP e os enfermeiros que prestam cuidados no âmbito da vacinação. Deste modo torna-se possível a redução do número de deslocações da criança e família ao centro de saúde, tal como recomendado no PNSIJ, (DGS, 2013). Durante as consultas, foram desenvolvidas intervenções que possibilitaram a avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, tal como recomendado no PNSIJ (2013), que tem como objetivo ser um instrumento de avaliação de aplicação rápida, de modo a fornecer um método preciso e fiável de avaliação do desenvolvimento infantil, contribuindo tanto para a vigilância da saúde infantil como para motivar e encorajar os pais, pessoas significativas ou educadores, que convivem e observam a criança no seu contexto natural, a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento da criança/jovem.

A sala de enfermagem onde se realiza a consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil encontra-se adequada ao mundo da pediatria. Apresenta paredes revestidas de cores alegres, com desenhos coloridos e atraentes, promovendo um ambiente terapêutico, confortável e seguro. Junto à marquesa encontram-se brinquedos direcionados ao RN e lactente, sendo utilizados para que a criança esteja distraída enquanto se encontra deitada na marquesa ou aquando da avaliação dos dados antropométricos. Também segundo Kolcaba (2003), a promoção do conforto físico e das funções cognitivas da criança depende do conforto ambiental, podendo este ser alterado pelos enfermeiros para promover o conforto da criança, jovem e família. Existe um espaço com cadeiras e uma mesa, dirigido à brincadeira e atividades lúdicas com brinquedos e livros adequados a cada faixa etária, que demonstram o reconhecimento do brincar como atividade fulcral do desenvolvimento infantil (OE, 2010). Corroborando Oliveira, Maia, Borba & Ribeiro (2015, p.22) o brincar é *“uma atividade essencial ao bem estar físico, emocional (...), uma necessidade de desenvolvimento”* da criança *“(...) que não cessa quando ela adoece ou é hospitalizada”* e quando o brincar não é proporcionado à criança, ela poderá apresentar distúrbios de comportamento, como por exemplo alterações do sono, irritabilidade e atraso no desenvolvimento, entre outros.

Neste sentido, e assumindo o brincar como uma atividade essencial no desenvolvimento da criança como já referido, a estratégia que utilizei para promover o conforto e reduzir o medo e ansiedade da mesma, foi a técnica de distração com recurso a brinquedos adequados à faixa etária, estratégia esta já implementada com frequência pela EEESIP da referida USF. Tal como refere Diogo (2015, p.116), *“um ambiente seguro e afetuoso implica elementos e mensagens humano-afectivas nas interações (...) que possam ser percebidos como seguros e familiares (...)”*. Esta percepção de segurança deve-se à abordagem individualizada e única dos enfermeiros que ajuda na maioria das vezes, os pais a sentirem-se à-vontade para fazer perguntas, pedir ajuda e mesmo verbalizar o que estão a sentir (Diogo, 2015).

Esteve sempre presente a preocupação de explicar aos pais as intervenções realizadas salvaguardando sempre que o desenvolvimento infantil, muitas vezes processa-se de uma forma descontínua, “por saltos” (DGS, 2013), o que significa que nem todas as crianças alcançam o mesmo estágio de desenvolvimento na mesma idade. Constatei que este esclarecimento contribui em muito para diminuir a ansiedade e preocupação dos pais quando alguma área do desenvolvimento infantil, abordada pelo EEESIP durante a consulta, não era totalmente alcançada.

Tive oportunidade de colaborar e participar em algumas CVSII realizadas no primeiro mês de vida da criança. De salientar que as consultas realizadas na idade-chave do Recém-Nascido são determinantes para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e os pais no sentido de promover a parentalidade, recaindo os cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados antecipatórios, patentes no PNSII e consequentemente no crescimento e desenvolvimento saudável da criança/jovem. O envolvimento dos pais nos cuidados é facilitador da promoção das competências parentais e naturalmente, facilitador de uma vinculação mais efetiva com o seu filho. Face ao exposto, a realização da 1ª consulta ao RN constitui-se como fundamental para reforçar as suas capacidades e habilidades dos pais. Pude observar que é nesta fase que muitos pais se mostram cansados e tomados de dúvidas e receios face aos cuidados a ter com o RN, verbalizando frequentemente a exigência que esta fase de vida acarreta. Neste sentido, a minha intervenção centrou-se inicialmente nas suas inquietações, esclarecendo os pais e reforçando as suas competências. Pude constatar que maioritariamente as dúvidas centram-se em questões relacionadas com a amamentação ou com os motivos de choro do bebé, tendo sido as áreas mais trabalhadas, dando resposta às necessidades principalmente da mãe. Destaco a importância da promoção do aleitamento materno, esclarecendo os pais das suas vantagens e ajudando-os no esclarecimento de dúvidas, como os sinais de boa adaptação à mama, o posicionamento do RN, a frequência,

intervalo e duração das mamadas, bem como na informação sobre a prevenção de complicações, como a mastite, e o que fazer caso estas surjam. Foi essencial ter em atenção uma abordagem personalizada e individualizada para cada família, respeitando sempre as suas convicções e decisões quanto ao amamentar, o que foi objeto de uma reflexão mais aprofundada (Apêndice VII). Na abordagem que tive com as famílias de RN, senti que consegui capacitar principalmente a mãe no seu papel parental com maior autonomia, segurança e tranquilidade, incentivando-a e encorajando-a na prestação destes cuidados.

A literatura refere que o ato de vacinar causa nas crianças ansiedade, dor e medo, antes e durante a sua realização, que se manifestam por comportamentos como chorar, gritar ou resistir verbalmente e fisicamente de forma intensa e prolongada (Faria, 2012). Para lidar com estes sentimentos, os enfermeiros necessitam de estar providos de ferramentas e estratégias que tornem os cuidados prestados o menos traumático possível. É verdade que não podemos evitar o desconforto sentido durante o procedimento, mas é essencial que este momento seja o menos doloroso para a criança e jovem, podendo o enfermeiro recorrer a estratégias que ajudem a ultrapassar este desconforto e aliviar a dor. Corroborando Kolcaba e DiMarco (2005), o alívio é um estado em que uma necessidade de conforto é satisfeita, sendo o estado de desconforto abrandado ou aliviado.

Foi nesta perspectiva que surgiu a realização de um póster intitulado “Cuidados não traumáticos na vacinação” (Apêndice VIII), dirigido à equipa de enfermagem, uma vez que, através da auscultação e interação com a enfermeira orientadora e com os enfermeiros peritos na área, constatei que a equipa de enfermagem se encontrava pouco sensibilizada para esta temática. Desta forma, o póster realizado procurou sensibilizar a equipa para a promoção dos cuidados não traumáticos durante o ato de vacinar, expondo algumas ENF para o alívio e controlo da dor aguda, consoante a faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança e/ou do jovem, que podem ser utilizadas pelos enfermeiros. A realização desta atividade procurou ser um meio de transmissão de informação relevante e fundamental, tentando aumentar os conhecimentos dos profissionais nesta área, de forma a incitar na sua prática os cuidados não traumáticos, pilar basilar da filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica. O póster foi colocado na sala destinada à vacinação para que todos lhe tenham acesso fácil. Após a colocação, alguns enfermeiros elogiaram e valorizaram a atividade realizada, considerando o póster pertinente e facilitador da aquisição de conhecimentos relativos ao cuidado não traumático e sistematizador das práticas de enfermagem na sala de vacinação.

Tive oportunidade de imunizar crianças em idade pré-escolar e escolar onde a técnica da distração foi a mais utilizada com o recurso a livros, jogos e música, distraíndo-a da

situação causadora de dor e ao mesmo tempo promover a participação dos pais nos cuidados e a sua interação com a criança. Também a explicação prévia do procedimento e as sensações que a criança poderia vivenciar, se revelou essencial na forma de minimizar a ansiedade e o impacto do procedimento doloroso. Importa referir que a experiência de dor aguda associada à vacinação, pode influenciar a forma como as crianças sentem e vivenciam a dor em procedimentos futuros (Shaw & Lamdin, 2011).

Nas CVSII realizadas por enfermeiros generalistas constato que o enfermeiro ainda apresenta dificuldade em conhecer e dominar em profundidade a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan, adiando na maioria das vezes essa avaliação para o EEESIP. Estes aspetos (ausência de conhecimentos que permitem a aplicação dos instrumentos e a interpretação dos dados recolhidos), limitam a qualidade dos cuidados antecipatórios realizados pelos enfermeiros, pois são feitos apenas respeitando as orientações preconizadas para as idades chave e por vezes pouco adequadas à individualidade de cada criança e família. Esta experiência permitiu-me reconhecer o papel do EE na formação dos seus pares, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Importa referir também que apesar do PNSII se encontrar estruturado em função da faixa etária, o que se torna organizador durante a realização das consultas, a criança/jovem e família são únicos, sendo importante que o enfermeiro preste cuidados de forma personalizada atendendo à sua unicidade.

A CVSII centra-se na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem, no seu registo em sistema informático (SClinico) e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, na promoção de comportamentos saudáveis, no apoio ao desenvolvimento de competências parentais e na detecção precoce de alterações, sendo imprescindível o fornecimento de informação antecipatória sobre as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil em cada etapa do ciclo de vida. Considero que foi um desafio prestar cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários, pois apesar da minha experiência profissional nesta área ser muito reduzida, esta dificuldade tornou-se uma fonte de motivação para uma maior aprendizagem e para o desenvolvimento de competências como futura EEESIP, relativamente ao processo de prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem, no sentido da maximização da sua saúde (Regulamento n.º 422/2018).

3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A valorização da dor e as questões relacionadas com a promoção do conforto na gestão diferenciada da dor tomam especial enfoque quando cuidamos de RN, em especial de prematuros, pois são mais vulneráveis à dor, podendo as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal, exercer uma importante influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer na forma de lidar com o stress (DGS, 2010).

Sendo a neonatologia uma área tão específica dos cuidados de enfermagem pediátricos, definiram-se como objetivos específicos: analisar intervenções de enfermagem promotoras de conforto ao RN e família, utilizar as ENF no alívio e controlo da dor aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem prestados, e capacitar os pais na promoção do conforto do RN, objetivando a aquisição de mais-valias e ganhos para o meu crescimento como futura EEESIP no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda.

Em consonância com os estágios anteriores comecei por apresentar o Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II) à Enf.^a orientadora, que concordou com a pertinência dos objetivos delineados. No entanto advertiu-me para o facto de a temática da dor ser uma área já trabalhada pelo grupo de trabalho “Grupo de Controlo da dor”, com o qual eu poderia cooperar a fim de atingir os objetivos propostos. De facto, após a consulta de normas, protocolos e projetos em vigor, verifiquei que esta temática era bastante valorizada na unidade, pelas inúmeras normas tanto sobre a avaliação da dor, como as intervenções de enfermagem de conforto e as ENF no alívio e controlo da dor aguda a ser aplicadas ao RN. Devo referir que este contexto de estágio foi o que mais me deixou inquieta e ansiosa, com um “*nervoso miudinho*” difícil de explicar, por ser um contexto tão desconhecido e tão específico da área de cuidados pediátrica, o que levou a uma pesquisa bibliográfica intensa para atualização de conhecimentos, incluindo os conteúdos lecionados relativos ao RN em situação crítica, como por exemplo o suporte avançado de vida, os cuidados não traumáticos e a gestão da dor no RN, a promoção da parentalidade e vinculação entre pais e RN.

A unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) onde foi desenvolvido o estágio recebe RN até aos 28 dias de vida que provêm maioritariamente da sala de partos, mas também do serviço de obstetrícia, do serviço de urgência pediátrica ou de outros hospitais após contato pelo INEM, por motivo de prematuridade, patologia médica e/ou cirúrgica. Está dividida em duas grandes salas relacionadas com a complexidade da situação de saúde do RN: sala de cuidados intensivos e sala de cuidados intermédios, ambas dotadas com equipamentos necessários à prestação de cuidados diferenciados.

Para dar resposta ao primeiro objetivo específico e simultaneamente fazendo um diagnóstico de situação na identificação das ENF no alívio e controlo da dor, mobilizadas pela equipa, comecei por elaborar uma “Grelha de observação e registo das ENF mobilizadas para controlo e alívio da dor aguda aquando procedimentos potencialmente dolorosos” (Apêndice IX) que serviu como instrumento de trabalho num contexto mais formativo, pois possibilitou um conhecimento mais aprofundado da prática de cuidados ao RN e sua família. Durante o estágio, foi fulcral a partilha de informação com a Enf.^a orientadora e com os elementos integrantes do Grupo de Controlo da Dor, que se disponibilizaram para o esclarecimento de dúvidas e elucidar algumas especificidades inerentes ao RN com dor.

Durante muito tempo, a dor no RN não foi motivo de preocupação dos profissionais de saúde, uma vez que se acreditava que este era incapaz de sentir dor (Matsuda, Martins, Neto & Matta, 2013). Atualmente, sabe-se que o desenvolvimento das vias nociceptivas inicia-se cedo na gestação, encontrando-se estas funcionais ao nascimento, tanto no RN de termo como no RN prematuro e estímulos dolorosos produzem respostas fisiológicas e comportamentais significativas, sendo estas extremamente importantes de avaliar antes, durante e após os procedimentos dolorosos (Matsuda, Martins, Neto & Matta, 2013). De facto, no RN o mecanismo de modulação do estímulo doloroso é ainda imaturo, pelo que existe uma indiferenciação do controlo inibitório da dor (Batalha, 2010a) o que vai limitar a sua capacidade de reação à dor e ao stress, tanto mais quanto mais prematuro for.

A dor é sem dúvida um foco de atenção da equipa de enfermagem desta unidade hospitalar, sendo a sua avaliação e registo feito através da escala EDIN (Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né), de 3/3 horas ou sempre que necessário, por exemplo durante procedimentos invasivos ou potencialmente desconfortáveis, e a adequação das ENF no alívio e controlo da dor, uma prática diária e frequente. A escala EDIN é utilizada para RN ≥ 25 semanas de gestação e um instrumento de fácil utilização que possui uma abordagem exclusivamente comportamental, avaliada através da expressão facial, dos movimentos corporais, da qualidade do sono e da interação e pelo reconforto/consolabilidade, (Batalha, 2010a). Informaticamente, de acordo com o sistema B-Simple, o diagnóstico “dor” é aberto sempre que o RN entra na unidade e para ter dor ausente tem que apresentar um grau de 0 em todas as avaliações durante 24h e não pode apresentar nenhum dispositivo médico como sonda ou cateter. Associado a este diagnóstico estão previstas as intervenções de ensinar os pais e avaliar os seus conhecimentos sobre as ENF no alívio da dor. De igual forma, o diagnóstico “conforto comprometido” é aberto sempre na admissão da criança e mantém-se ativo ao longo de todo o internamento, dadas as características específicas que uma unidade de neonatologia potencia no desconforto da mesma. Este diagnóstico integra as intervenções:

trocar fralda e posicionar com uma frequência de 3/3h, promover o conforto, limpar a pele e gerir o ambiente uma vez por turno, dar banho parametrizado para o turno da manhã e avaliar o conforto com uma frequência de 7/7dias. Assim, constatei que a equipa de enfermagem possui fácil acesso à informação sobre intervenções promotoras de conforto e se torna possível ao enfermeiro avaliar o mesmo em todos os turnos, registar e dar a conhecer as ENF mobilizadas no alívio e controlo da dor, proporcionando a continuidade e melhoria dos cuidados prestados.

Segundo Batalha (2010b), existem inúmeros estudos que continuam a revelar um tratamento insuficiente no alívio e controlo da dor experimentada pelo RN, apesar de se reconhecer que a dor deva ser prevenida ou substancialmente aliviada. Observei que neste contexto de cuidados, o RN é submetido frequentemente a vários procedimentos dolorosos, como a aspiração de secreções, punção venosa ou do calcâneo, entubação oro ou nasogástrica, remoção de cateter arterial, entre outros. De acordo com Matsuda, Martins, Neto & Matta (2013) a aplicação de estímulos dolorosos, de forma repetida e prolongada, pode levar a alterações cerebrais e consequentemente de comportamento no futuro, sendo deste modo fundamental a implementação de ENF durante a realização de procedimentos dolorosos. Ao longo do estágio colaborei com a Enf.^a orientadora na prestação direta de cuidados ao RN e família, indo deste modo, ao encontro do segundo objetivo delineado “utilizar as ENF no alívio e controlo da dor aguda promotoras de conforto ao RN e família”. Durante a prestação de cuidados, percebi desde cedo que num RN prematuro o simples abrir e fechar da porta da incubadora se traduz num tremor generalizado associado a movimentos descoordenados e taquicardia o que o torna desconfortável e desorganizado. Por isso adotei o cuidado de prestar cuidados com movimentos mais lentos com especial atenção às medidas de contenção e da colocação da minha mão, com um toque gentil e habilidoso sobre o corpo do RN, de forma a promover o conforto e evitar algum comportamento potencialmente desconfortável. É de extrema importância ter este aspeto em consideração na prestação de cuidados ao RN e promover a manipulação mínima. Sempre sob a supervisão da Enf.^a orientadora, tive a possibilidade de aplicar várias ENF no alívio e controlo da dor ao RN, como a estimulação da sucção não nutritiva, a promoção da contenção física, o toque e o posicionamento do bebé, através de dispositivos adequados tais como os rolos, ninhos e almofadas de gel. Tal como referido por Hockenberry & Wilson (2014) as técnicas de posicionamento e manipulação promovem o conforto e minimizam o stress, especialmente durante os procedimentos de enfermagem mais invasivos. Também Matsuda, Martins, Neto & Matta (2013) mencionam que a contenção física e o posicionamento favorecem a reorganização do RN, devendo a contenção ser mantida durante 10 minutos após os procedimentos. A utilização das ENF no

alívio e controlo da dor supracitadas tiveram um impacto positivo no RN (diminuição do choro, irritabilidade, dos movimentos descoordenados corporais e parâmetros hemodinâmicos e um aumento da sensação de tranquilidade e conforto) e servem como estratégias eficazes a serem implementadas posteriormente no meu contexto de prática atual. Despertou especial atenção a utilização de sacarose oral a 24% como uma ENF no alívio e controlo da dor. Constatei que produz uma manifestação de conforto e alívio imediato no RN, evidenciada pela diminuição do tempo de choro e da frequência cardíaca e por uma expressão facial de tranquilidade e conforto.

Foi neste contexto de estágio que tive contacto pela primeira vez com o “Projeto Migos”. Um projeto que nasceu na Dinamarca a partir do Projeto Octo em 2013 e chegou a Portugal em Abril de 2017. O projeto teve início com um pequeno grupo de voluntários, que se juntou para criar pequenos polvos em croché para doar aos bebés prematuros em várias unidades de cuidados intensivos neonatais do país, com o objetivo de promover o conforto e o desenvolvimento saudável do RN prematuro. Por ser um projeto recente, ainda não existem normas de procedimento ou protocolos devidamente aprovados pela instituição, mas através da evidência empírica, a equipa de enfermagem observa e descreve, que o RN ao abraçar o polvo, sente-se mais calmo e protegido, uma vez que os tentáculos do polvo oferecem uma alternativa ao tato e os distraem dos inúmeros tubos, sondas, cateteres, reduzindo a possibilidade de serem exteriorizados, para além de os remeter ao cordão umbilical, dando uma sensação de segurança semelhante à do útero materno. Empiricamente, a experiência de colocar um polvo junto do RN está associado a uma melhoria do seu estado de saúde e a um aumento da sensação de conforto e bem-estar. Foi absolutamente enternecedor observar cada RN com o seu polvo e perceber como pequenos gestos marcam a diferença, tanto nas manifestações fisiológicas e emocionais do RN, como na promoção de sentimentos de tranquilidade e felicidade nos pais.

A capacitação dos pais é um dos conceitos básicos da filosofia de CCF. Os enfermeiros capacitam os pais através da criação de oportunidades de forma a mostrarem as suas habilidades e competências (Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, torna-se importante promover o seu envolvimento, participação e parceria nos cuidados prestados, de forma a serem ativos na promoção do conforto do seu filho e habilitá-los especialmente, para o uso das ENF no alívio e controlo da dor aguda. A participação dos pais nos cuidados tem assim o objetivo da promoção da vinculação da tríade RN-Pais, capacitando-os no cuidar. A vinculação pode ser promovida através do toque e do contacto precoce com o RN.

Sendo o nascimento de um bebé prematuro a rotura de tudo o que foi idealizado pelos pais, pode levar a um processo gerador de stress que acarreta alterações emocionais

importantes de considerar. É frequente a presença de sentimentos de culpa e de fracasso que podem comprometer o processo de vinculação (Evans, Whittingham & Boyd, 2012). O toque e a voz são essenciais na estimulação sensorial do RN, pelo que o incentivo dos pais a tocarem e falarem com o seu bebé, de forma adequada e protetora é essencial para o início de um processo de vinculação que foi interrompido de uma forma tão abrupta (Hockenberry & Wilson, 2014). Outra intervenção de enfermagem promotora da vinculação, observada neste contexto formativo foi a promoção do contacto pele a pele através do método canguru.

O método canguru consiste no contato materno pele a pele entre o RN e a mãe (podendo também ser realizado com o pai) e é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo, representando um meio bastante eficaz e benéfico tanto para o RN como para os pais, com inúmeras vantagens para ambos (Costa & Monticelli, 2005). O método canguru parece ser ainda um “analgésico” eficaz aquando a realização de procedimentos dolorosos e é uma intervenção sempre pronta a ser usada, fácil de iniciar em qualquer unidade, sempre que a situação clínica do RN assim o permita e sempre que os pais assim o desejem (Costa & Monticelli, 2005). Segundo a OE (2013) as ENF são recomendadas para o alívio e controlo da dor durante procedimentos de dor aguda em RN, sendo o método canguru, uma estratégia eficaz que reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e a diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros.

Com a Enf.^a orientadora, tive a possibilidade de colocar pela primeira vez um RN em método canguru com a mãe. Juntas avaliámos a estabilidade hemodinâmica do RN e os benefícios que este posicionamento traria para a díade. Este cuidado reflete a preocupação do EEESIP, com a promoção do conforto do bebé e com a promoção da vinculação emocional RN-Pais na sua prática diária de cuidados. Assim o método canguru favorece o desenvolvimento da vinculação afetiva pais-filho e proporciona maior competência, habilidade e confiança aos pais no cuidado ao seu filho, promovendo ainda o desenvolvimento sensório-motor e diminui o tempo de internamento (Feliciano, 2007). Desta forma, cabe especialmente ao enfermeiro informar os pais em que consiste esta técnica, como se processa, as suas vantagens e sobretudo incentivar a sua prática sempre que possível. No entanto, a promoção de um momento próximo de contacto entre pais e o seu filho, muitas vezes, frágil e doente, pode traduzir-se em sentimentos de angústia, ansiedade e medo (Hockenberry & Wilson, 2014) sendo da responsabilidade do EEESIP estar atento a estes sentimentos com o objetivo de os ouvir atentamente e esclarecer todas as dúvidas inerentes ao método canguru. Mesmo quando não houve possibilidade de os pais executarem o método canguru devido à instabilidade do RN, mostrei disponibilidade para responder a questões,

esclarecer dúvidas relativas ao estado de saúde do RN e promovi a escuta ativa quando quiseram partilhar sentimentos. Segundo Kolcaba & DiMarco (2005), estes cuidados tem a intencionalidade de manter o conforto social. A minha intervenção, com o simples posicionamento do bebé no colo da mãe, despertou sentimentos de alívio e felicidade para a mãe e em mim, um sentimento de gratidão enorme evidenciado apenas pelo olhar da mãe.

A utilização de tecnologia avançada numa UCIN tem vindo a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade dos RN nas últimas décadas. No entanto, esta tecnologia provoca inevitavelmente ruído, sendo uma das principais fontes de stress ambiental. Para Kolcaba (2003) o conforto ambiental diz respeito às influências externas como a luz, a temperatura, a cor, o ruído e até a existência de espaços físicos com vista para o exterior. A UCIN é um espaço amplo, com tecnologia avançada, recentemente renovado e com diversas janelas com vista para um exterior desafogado. Ou seja, de acordo com Kolcaba, encontra-se adequado em termos de conforto ambiental. Em relação aos efeitos negativos que o ruído, a luminosidade ou o excesso de manipulações possa provocar, estes são colmatados pela organização de cuidados, respeitando os seus períodos de sono/atividade, tendo em conta o posicionamento, a alimentação, a promoção da participação dos pais nos cuidados e a minimização da manipulação e dos estímulos ambientais, o que vai de encontro a um dos enunciados descritivos patentes no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. De facto, através da redução da manipulação do RN consegue-se alcançar uma melhoria dos períodos de sono, uma redução dos comportamentos de stress e até uma maior estabilidade hemodinâmica (Pereira, Góes, Fonseca, Scochi, Castral & Leite, 2013). A prestação de cuidados organizada ao RN cria rotinas em função do seu desenvolvimento específico, tendo em conta as suas necessidades particulares e o ambiente envolvente, promovendo um desenvolvimento continuo nas suas melhores condições de conforto e bem-estar (Barros, 2006). A equipa encontra-se envolvida na identificação e redução dos estímulos *stressores* da UCIN, facilitando desta forma o desenvolvimento de um ambiente apropriado ao conforto do RN. Corroborando Altimier & Phillips (2013), os enfermeiros devem desenvolver intervenções que minimizem o impacto destes *stressores* no RN prematuro, que podem levar a consequências negativas na reorganização do cérebro, uma vez que ocorrem durante os períodos de desenvolvimento.

A prestação de cuidados na UCIN integra a nova filosofia de cuidados em neonatologia, os cuidados centrados no desenvolvimento, norteados pelo Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP). Este programa foi criado com a finalidade de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no desenvolvimento do RN prematuro fora do útero da mãe (Santos, 2011). Os

princípios chave do NIDCAP incluem o meio ambiente tranquilo, a consistência no cuidar/cuidados colaborativos, o agrupamento de cuidados, o posicionamento adequado, as oportunidades para contacto pele-a-pele, suporte individualizado para a alimentação e o conforto para a família (Santos, 2011). Desta forma a minha intervenção foi planeada tendo em conta o nível de desenvolvimento do RN respeitando a organização de cuidados de acordo com as suas reais necessidades e o seu período de sono e de descanso, promovendo um meio ambiente tranquilo e o contato pele-a-pele, não esquecendo os posicionamentos adequados e assegurando o conforto dos pais através da garantia que estes são os principais cuidadores do RN, ajudando-os no seu papel parental (Santos, 2011). O contacto com esta realidade permitiu-me reconhecer algumas estratégias utilizadas por parte da equipa de enfermagem de forma a potenciar a melhoria contínua dos cuidados prestados no que respeita à promoção do conforto do RN particularmente no âmbito da gestão diferenciada da dor aguda.

A vigilância, monitorização e o controlo eficaz da dor do RN é um indicador da qualidade dos cuidados prestados, não só do ponto de vista ético, mas também pelas implicações que tem no seu crescimento e desenvolvimento (DGS, 2012b). Sem dúvida que a prática se torna um complemento da teoria e através da sua conjugação, espera-se cada vez mais que o enfermeiro seja reflexivo, que analise e espelhe na sua prática a mobilização de fontes de conhecimento científico. Deverá ser esta a conduta, que proporcionará ao EEESIP tornar-se uma referência no seio da sua equipa. Nesta linha de pensamento elaborei uma síntese reflexiva sobre o “Cuidar de um RN prematuro” (Apêndice X) com vista a um aprofundamento de conhecimentos na área da minha especialidade e a uma consciencialização da tomada de decisão que fundamenta o agir profissional. Desta forma, a reflexão sobre a prática de cuidados permitiu-me compreender e atender à especificidade e complexidade de cada RN com que me deparei, o que promoveu a implementação de atividades também ajustadas às minhas necessidades formativas, especificamente no uso das ENF no alívio e controlo da dor aguda neste contexto de cuidados.

A concretização das atividades supracitadas, esteve de acordo com a Teoria de Conforto de Kolcaba, ao permitir aos pais alcançar o estado de transcendência ao promover a sua capacitação nos cuidados de saúde e consequentemente na promoção do conforto do seu filho. Considero igualmente que o contexto sociocultural, evidenciado pelo tipo de relações interpessoais estabelecidas (Kolcaba & DiMarco, 2005) se torna mais harmonioso através do aumento do vínculo RN-Pais.

3.4. Unidade de Urgência Pediátrica

A experiência de estágio no contexto de Unidade de Urgência Pediátrica dividiu-se em dois períodos distintos. O primeiro período de estágio numa instituição diferente do meu contexto habitual de prestação de cuidados, com a duração de apenas 2 semanas, e o segundo período no meu contexto de prática atual. A prestação de cuidados no primeiro período prendeu-se com a possibilidade de vivenciar uma experiência num contexto semelhante ao contexto habitual de trabalho com vista à observação participante, colaboração na prestação de cuidados diretos à criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor aguda e à reflexão sobre possíveis mudanças de práticas de enfermagem que possibilitem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados e projetar a ação futura no contexto de trabalho atual.

A escolha do local de estágio foi influenciada pelo processo gradual de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de EE e de EEESIP, com o desenvolvimento de atividades numa lógica de crescente complexidade, assim como pelo facto de ser um serviço pertencente a uma instituição acreditada pela Joint Commission International, sendo esta uma empresa de acreditação que promove padrões rigorosos centrados na segurança e qualidade dos cuidados ao utente e fornece soluções para atingir o máximo desempenho. Também a utilização do sistema de Triagem de Manchester por parte da instituição e especialmente no serviço de urgência pediátrica, se tornou fulcral na sua escolha, pois é uma realidade a ser implementada brevemente no serviço onde exerço funções, o que se torna uma oportunidade de aquisição de conhecimentos enriquecedores para a minha prática profissional.

O sistema de Triagem de Manchester é utilizado em Portugal desde 2000 e neste serviço em particular desde a sua inauguração, em 2012, sendo acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros (DGS, 2015). Constitui uma ferramenta clínica na uniformização de procedimentos e na tomada de decisões sustentadas em algoritmos clínicos, que permitem ao enfermeiro triador uma intervenção centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da criança/jovem, e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às suas necessidades, de maior qualidade e segurança, tendo como objetivo a identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada (Grupo Português de Triagem, 2015).

Logo nos primeiros turnos compreendi que a utilização do sistema de triagem de Manchester exige por parte do enfermeiro triador, o desenvolvimento de um elevado sentido de responsabilidade e competência, o que envolve uma grande capacidade de mobilizar vastos conhecimentos técnico-científicos com eficácia, com o objetivo de dar sentido à sua tomada

de decisão. Desta forma, a formação e o treino são cruciais para realizar uma rápida detecção de problemas e uma eficaz resposta às necessidades específicas da criança, jovem e família, sendo um importante subsídio para o meu desenvolvimento de competências EE, suportando a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Implica igualmente capacidades comunicacionais e relacionais elevadas, no sentido de rapidamente conseguir compreender o motivo de vinda da criança/jovem e família à unidade de Urgência Pediátrica e detetar precocemente situações de maior complexidade. Durante este período de estágio houve a oportunidade de acompanhar o enfermeiro orientador na sua prestação de cuidados no posto de triagem o que permitiu um abarcar de novos conhecimentos através da observação participante sobre este sistema. Durante a triagem da criança/jovem esteve presente a sensibilidade de valorizar as preocupações e queixas referidas pelos pais, tentando da forma mais objetiva possível compreender o motivo de procura do serviço de saúde, através da escuta ativa e do estabelecimento de uma relação de proximidade.

A avaliação da dor que é realizada no momento da triagem, constitui uma intervenção de primordial importância para uma posterior gestão e avaliação da sua eficácia nos cuidados prestados pela equipa. Comprovando esta importância, o Grupo Português de Triagem (2010, p.43) refere que a avaliação *“garante que a dor é tratada na sua primeira oportunidade (...) esta avaliação pode ser difícil uma vez que (...) alguns doentes, especialmente as crianças, podem negar as dores para evitar tratamentos ou o internamento no hospital”* e ainda que *“a gestão adequada da dor é um critério-chave para a satisfação do doente”*. Um aspeto facilitador de avaliação da dor é o facto de o próprio fluxograma escolhido ter disponíveis as diferentes escalas de avaliação da dor, adequadas à faixa etária da criança, de acordo com o preconizado pela DGS, não ficando a avaliação da dor ao critério subjetivo de cada enfermeiro.

O enfermeiro triador torna-se assim, o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança, jovem e família e a sua abordagem inicial influencia na forma como os mesmos se irão relacionar futuramente com os restantes profissionais de saúde. Assim, posso dizer que a humanização dos cuidados no momento da triagem da criança/jovem é extremamente importante, o que implica um bom acolhimento, evitando comportamentos menos adequados por parte dos pais, uma vez que, frequentemente não existe um consenso entre a avaliação do enfermeiro e a interpretação dos pais quanto à gravidade da situação da criança ou jovem. Esta situação, muitas vezes geradora de conflitos, incute no EEESIP a responsabilidade de valorizar as queixas apresentadas pelos pais e apaziguá-los, transmitindo-lhes simultaneamente segurança, confiança e atenção, o que requer uma boa preparação na gestão e resolução de conflitos e a mobilização de uma comunicação assertiva (Regulamento

n.º140/2019). Por esta razão é importante o uso de técnicas de comunicação adequadas, que esclareçam os pais e deem resposta essencialmente às suas necessidades de informação, e tal como refere Silva (2009) com um raciocínio clínico diferenciado, o que implica capacidade de interpretação, discriminação e avaliação, características essenciais para uma tomada de decisão fundamentada.

Na sala de tratamento, em conjunto com a equipa de enfermagem, colaborei e participei na realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos à criança/jovem. A experiência da dor nas crianças é influenciada pelo seu nível de desenvolvimento, idade, causa e natureza da dor, assim como pela capacidade que a criança tem em exprimir a sua dor (Jacob, 2014), pelo que a minha intervenção durante um procedimento potencialmente doloroso teve em conta o estágio de desenvolvimento da criança/jovem, as suas experiências anteriores em relação à dor e ainda a presença da família durante o procedimento, mobilizando ENF no alívio e controlo da dor.

Constatei que na maioria das vezes, os enfermeiros na sala de tratamentos, centravam a sua intervenção na criança/jovem, ficando a relação e comunicação com a família, um pouco “esquecida”. Foram exemplo situações em que a abordagem à família se centrou apenas na identificação da criança e no grau de parentesco entre a criança-pessoa acompanhante. Bezerra, Nascimento, Siqueira, Silva, Silva & Nova (2017), referem que na relação interpessoal entre enfermeiro e a criança/jovem e família é inegável a importância no tipo de comunicação estabelecida entre os elementos e o seu impacto na qualidade dos cuidados prestados, não sendo só as palavras de conforto que promovem a empatia, mas também a tonalidade da voz e as expressões faciais que demonstram as emoções e proporcionam um vínculo efetivo, sólido e confiável. Assim, durante algum procedimento doloroso tive em atenção não só o fornecimento de informação antecipatória de forma simples, clara, adequada à idade e estágio de desenvolvimento da criança e ao nível de compreensão dos pais (Barros, 2003) como também à utilização de técnicas de comunicação eficazes adequadas a cada criança e família. Procurei dar ênfase à escuta ativa e compreensão das necessidades da família, dando especial enfoque à comunicação verbal e não-verbal da criança/jovem e família e, quando oportuno abordando-os com questões abertas de modo a dar espaço à expressão de sentimentos vividos e esclarecimento de dúvidas. Foi fundamental o uso da empatia, a atenção dada à minha postura, expressão facial, entoação da voz, o contato visual e especialmente a transmissão do “*estar presente*” para a criança/jovem e família. O papel do enfermeiro não se restringe apenas à execução de técnicas ou procedimentos, mas sim no desenvolvimento de habilidades de comunicação que satisfaz as necessidades da criança/jovem e família.

A comunicação torna-se parte do processo de promoção do conforto à criança, jovem e família, sendo identificada por Kolcaba como uma necessidade de conforto sociocultural. A mesma autora identifica ainda, as necessidades de cuidados culturalmente sensíveis, linguagem corporal positiva e o carinho, como parte integrante da dimensão sociocultural (Kolcaba & DiMarco, 2005). O EEESIP “*Comunica com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis*”, relacionando-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193).

A análise de situações concretas de cuidados e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem com a equipa e enfermeira orientadora constituíram momentos de grande relevância neste processo de aprendizagem. A realização deste estágio, apesar de curto na sua duração, permitiu ainda analisar a intervenção do EEESIP no seio da equipa multidisciplinar, funcionando este como gestor dos cuidados, definindo primeiramente a função de cada enfermeiro na equipa e atribuindo tarefas mediante a sua competência, responsabilidade e experiência. Para além disso, o EEESIP funciona também como elemento de referência para resolução de problemas e conflitos, assim como é o principal responsável pela articulação com outros serviços (internamento, laboratório) e gestor de recursos (materiais e humanos).

O segundo período de estágio em contexto de urgência pediátrica foi realizado no meu contexto habitual de trabalho e representou o término deste percurso formativo. Partindo da problemática sentida durante a prestação de cuidados, tal como referido no capítulo anterior, relativamente ao uso e mobilização das ENF na gestão diferenciada da dor aguda durante procedimento dolorosos por parte da equipa de enfermagem, as atividades propostas tiveram em consideração o objetivo de sensibilizar os meus pares e investir na formação da equipa, na perspectiva de me tornar uma enfermeira de referência no âmbito da promoção do conforto em enfermagem pediátrica.

O serviço onde exerço funções conjuga o conhecimento aprofundado do desenvolvimento da criança e do jovem à diferenciação científica, técnica e tecnológica, e portanto, deve apostar na prevenção das consequências associadas ao impacto da hospitalização e procedimentos dolorosos, para se tornar consequentemente uma referência nos cuidados de enfermagem pediátrica.

Neste sentido e com objetivo de adquirir e aprofundar novos conhecimentos na forma de motivar a equipa de enfermagem para a utilização das ENF no alívio e controlo da dor, participei no 3º Workshop da Linha de Emoções em Saúde promovida pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, intitulado “Team-Building: Gestão das Emoções em Enfermagem”, considerando que o EEESIP deve investir na formação de pares e

na prática reflexiva, de forma a desenvolver competências que contribuam para a melhoria dos cuidados prestados e que promovam ganhos em saúde. A presença neste workshop permitiu aprofundar o conhecimento sobre a importância do trabalho em equipa, assim como a forma de estimular as equipas de saúde, fomentando novas práticas no cuidar e a troca de saberes com consequentemente aumento da qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e comunicacionais (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012). Como resultado desta atividade, elaborei uma síntese reflexiva: “Team-Building Gestão das Emoções em Enfermagem” (Apêndice XI), com vista à reflexão sobre o desempenho das equipas de saúde.

A dor e o desconforto são dois dos principais motivos para a procura de cuidados de saúde (DGS, 2008) e a procura de uma unidade de Urgência Pediátrica representa para a criança/jovem e família um momento de crise, potencializando sentimentos de medo, ansiedade e sofrimento, sendo a dor também uma parte integrante. Assim, os cuidados de enfermagem prestados devem ser o menos traumáticos possível, de forma a evitar o impacto negativo da hospitalização, promovendo o conforto de quem procura os cuidados de saúde. Em situação de doença, as necessidades de conforto da criança/jovem e família, são garantidas pela prestação de cuidados de enfermagem, sendo o enfermeiro responsável pela identificação dessas mesmas necessidades, proporcionando intervenções de conforto para atingir o melhor resultado esperado – o conforto da pessoa (Kolcaba, 2001). A preocupação com o conforto e o bem-estar da criança/jovem e família, ancorada aos processos de saúde-doença, presume que os enfermeiros detenham competências técnicas e relacionais, como visto anteriormente, que contribuam para uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e família.

De forma a conseguir realizar um diagnóstico prévio sobre as práticas da equipa de enfermagem quanto à utilização das ENF no alívio e controlo da dor aguda, especificamente aquando procedimentos dolorosos, elaborei um instrumento de trabalho intitulado “Grelha de registo dos cuidados de enfermagem durante procedimentos invasivos, com foco na gestão diferenciada da dor” (Apêndice XII), que procura sistematizar a prática desenvolvida pela equipa. Esta grelha de registo foi utilizada na sala de tratamentos, pois é o local onde maioritariamente são realizados procedimentos complementares de diagnóstico e tratamento que causam ansiedade e dor à criança/jovem, por isso, um local importante onde o enfermeiro deve prestar cuidados o menos traumáticos possível.

Esta atividade permitiu concluir que durante os procedimentos dolorosos, a equipa ainda apresenta alguma dificuldade na identificação e implementação de ENF no alívio e controlo da dor aguda, quer por falta de conhecimento atualizado quanto ao seu benefício e

eficácia, quer à falta de recursos materiais existentes na sala de tratamentos, onde estes procedimentos são realizados na maioria das vezes.

De forma a colmatar esta necessidade identificada no seio da equipa e de sensibilizar os enfermeiros para a importância e adesão à prestação de cuidados não traumáticos elaborei um Kit “Gavetas Mágicas” (Apêndice XIII), no sentido de reunir a informação relevante às ENF no alívio e controlo da dor e de orientar a intervenção de enfermagem na preparação da criança/jovem durante procedimentos invasivos/dolorosos, com recurso a materiais lúdicos de forma a promover o conforto, garantindo a qualidade dos cuidados prestados. Tem como objetivo, ser um instrumento de trabalho adjuvante na gestão da dor aguda, levando à minimização do medo e da ansiedade, com vista a desviar a atenção da criança/ jovem recorrendo ao brincar e a técnicas de distração, podendo ser utilizadas por toda a equipa multidisciplinar. Muitas vezes, o brincar terapêutico é utilizado pelos enfermeiros antes e durante os procedimentos para desmistificar e minimizar o medo e de forma intencional, conseguir a colaboração das crianças para os mesmos.

Houve oportunidade de realizar uma sessão de formação no serviço com o tema: “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica” (Apêndice XIV). Durante a sessão de formação foi essencial dar a conhecer à equipa o Kit “Gavetas Mágicas”, bem como sugerir modos de emprego e manutenção dos diferentes objetos. A sessão de formação realizada foi bastante satisfatória, na medida em que no espaço aberto a dúvidas/sugestões, me foi proposta a integração do Grupo de Trabalho de controlo da Dor e que se torna num passo fundamental para desempenhar funções de EEESIP, na área da gestão diferenciada da dor.

Indo ao encontro das competências comuns de EE (Regulamento n.º 140/2019) na área do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o investimento em sessões de formação para os profissionais, contribui para uma maior qualidade dos cuidados prestados, atuando o EE como formador oportuno em contexto de trabalho. Deste modo, atribui-se à formação o papel de proporcionar a aquisição de instrumentos, saberes e atualização de conhecimento estimulando o desenvolvimento de novas competências ou reforçando aquelas já existentes.

Uma das estratégias de distração utilizadas para o alívio e controlo da dor e da ansiedade é a música (Barros, 2003).

A musicoterapia é definida como “a utilização da música e/ou dos seus elementos exercida por um técnico habilitado, em ambientes hospitalares (...) num processo relacional que facilita e promove a comunicação, a relação, a aprendizagem, a expressão, e outros objetivos terapêuticos relevantes no sentido de ir ao encontro das

necessidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais dos pacientes” (Associação Portuguesa de Musicoterapia, para.1).

Esta estratégia torna-se fundamental para o desenvolvimento de uma relação de proximidade com a criança/jovem e família, tendo em conta todas as suas dimensões, sendo uma terapia de baixos custos económicos, não invasiva e com um significado elevado em termos de benefício psicológico para a criança/jovem, Austin (2010). Desta forma, a musicoterapia pode ser incluída numa sala de tratamentos, de forma a dispersar o pensamento de dor da criança e distrai-la proporcionando um ambiente acolhedor e um cuidado menos traumático. Assim, o objetivo da próxima atividade foi implementar na sala de tratamentos uma estratégia sistematizada na gestão da dor aguda, durante a prestação de cuidados de enfermagem – a musicoterapia. Para a realização desta atividade foi pedida a colaboração do departamento de Informática da instituição, com o objetivo de instalar um programa (VLC) de leitura de música, no computador da sala de tratamento, o que se concretizou. Foi então elaborada uma “pasta” com músicas e colocada no ambiente de trabalho do computador, que contém algumas músicas adequadas a cada faixa etária e que permite ao enfermeiro promover a musicoterapia aquando a realização de procedimentos dolorosos de forma a minimizar a dor e a gerir a ansiedade que estas situações acarretam (Apêndice XV). Desta forma, durante o estágio, tive oportunidade de promover a musicoterapia, com recurso a esta pasta de músicas, a crianças entre os 18 meses e os 6 anos de idade, durante procedimentos dolorosos. No *toddler* verifiquei que a criança ficava mais calma com a música, com períodos de choro mais curtos e por vezes chegava mesmo a adormecer. Na idade escolar, as crianças encontravam-se apreensivas no início do procedimento, mas conseguiam distrair-se com a música, o que associado a outra ENF no alívio e controlo da dor, nomeadamente a imaginação guiada, se conseguia obter uma sensação de bem-estar e relaxamento. Considero que esta atividade foi bem-sucedida na medida em promovi o relaxamento e a diminuição da ansiedade das crianças e consequentemente a diminuição da dor, atuando em concordância com a Teoria de Conforto de Kolcaba, nos tipos de conforto alívio e tranquilidade, e com a musicoterapia promovi a melhoria contexto ambiental e sociocultural.

Ainda na ótica dos cuidados não traumáticos, pilar da filosofia dos cuidados pediátricos, o alívio e controlo da dor constituem-se como boas práticas, sendo um direito da criança/jovem, a quem é necessário evitar todo e qualquer sofrimento (OE, 2013). Reconhecendo que a criança e o jovem apresentam dor e que esta quando não tratada pode ter repercussões importantes a longo prazo (DGS, 2010), o EEESIP deve ter em conta as reações à dor que determinados procedimentos invasivos possam provocar na criança ou jovem nos diferentes estádios de desenvolvimento (Sanders, 2014).

O meu contexto profissional recebe crianças e jovens dos 0 aos 17 anos de idade, tornando-se pertinente a prática de cuidados não traumáticos logo nos primeiros meses de vida. A dor, por si só, e em qualquer faixa etária, é uma situação que requer a maior das atenções por parte dos enfermeiros e constitui, na sua manifestação aguda, um dos principais motivos de recurso a cuidados de saúde por parte da população em geral (Batalha, 2010a). Durante a hospitalização ou em situação aguda de doença, o RN é submetido a inúmeros procedimentos invasivos desde os primeiros dias de vida, mas que são essenciais à estabilização, diagnóstico e tratamento.

O uso da Sacarose oral a 24% é recomendado pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos, durante procedimentos de rotina, constituindo-se numa ENF eficaz na gestão diferenciada da dor aguda (OE, 2013). Vários estudos sobre esta temática têm constatado que o estímulo doloroso pode ser bloqueado com a administração de soluções açucaradas diretamente sobre a língua do RN, 2 minutos antes de procedimentos invasivos, através da libertação de opióides endógenos (Mota & Cunha, 2014). A administração de sacarose torna-se assim segura e eficaz no alívio da dor associada a procedimentos dolorosos. Jacob (2014) refere que esta solução açucarada diminui o tempo de choro e a frequência cardíaca, promove uma expressão facial de tranquilidade e conforto.

Por a solução de sacarose oral a 24% ser um recurso inexistente no meu contexto de trabalho atual por restrições orçamentais, apesar de haver uma norma de procedimento instituída, iniciei a minha intervenção com a revisão dessa norma de procedimento (Apêndice XVI) com recurso a bibliografia e estudos efetuados recentemente, expondo a sua eficácia sobretudo em procedimentos invasivos. Após uma conversa com a Enf.^a Chefe, esta ficou de expor a necessidade de aquisição deste produto. Até ao final do estágio, ainda se aguardava uma resposta por parte dos serviços farmacêuticos da instituição.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019), em vários domínios, como a capacidade de gestão e organização dos cuidados, nomeadamente os de maior complexidade ao RN hospitalizado, adequando a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, a partilha de experiências e de informação com o enfermeiro orientador e as atividades realizadas no âmbito da gestão diferenciada da dor, tanto em colaboração com o Grupo de Trabalho Contra a Dor, como a realização da revisão de normas de procedimento, permitiu não só a aquisição de novos conhecimentos, como também **“desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (B2)**, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. As atividades desenvolvidas nos diversos contextos de prática, permitiram a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro da criança, jovem e família, tendo-se desenvolvido a competência de EE: **“Garante um ambiente terapêutico e seguro” (B3)**, onde destaco a promoção de rotinas habituais diárias e a humanização do espaço da criança através de brinquedos favoritos dando resposta à promoção de um **“ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (B3.1)**.

Ao longo do estágio procurei manter uma formação contínua e atualizada, com vista ao meu desenvolvimento profissional e dos meus pares, através de sessões de formação, de forma a prestar cuidados eficazes, seguros e fundamentados, **mobilizando conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1)**.

A competência comum de EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: **“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (D2)** foi sustentada com uma prática baseada na literatura atual, demonstrando conhecimentos sólidos e válidos, aplicando-os na prestação de cuidados seguros e competentes. Foi também necessário o trabalho reflexivo desenvolvido durante todo o percurso e a procura pela sustentação científica das minhas intervenções. Foi igualmente importante responsabilizar-me por ser um **elemento facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (D2.1)**, através da formação dos meus pares, adicionando aos conhecimentos já adquiridos na equipa, outros novos decorridos da evidência científica, **baseando a minha práxis clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento (D.2)**.

Naturalmente, que foi transversal a responsabilidade profissional, ética e legal acrescida do EE, o que me obrigou a desenvolver a capacidade de decisão e de ação enquanto

modelo de referência no meu contexto de cuidados, implementando medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (A2.2.2), nomeadamente no uso e mobilização de ENF no alívio e controlo da dor aguda. O respeito pela privacidade, rotinas habituais da criança e pelo seu espaço individual, em situações geradoras de dor ou desconforto, demonstrou uma prática que respeita os direitos humanos, indo ao encontro da unidade de competência comum: **“Promove a proteção dos direitos humanos” (A2.1).**

Qualquer que seja o contexto em que a criança, jovem se encontre, compete ao EEESIP dar resposta nas situações de especial complexidade e vulnerabilidade.

Considero que foi desenvolvida a competência de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, uma vez que esteve presente a preocupação de negociar, envolver e trabalhar em parceria com os pais/família, identificando as suas necessidades e proporcionando-lhes conhecimento e aprendizagem de habilidades, através da elaboração de folhetos dirigidos aos mesmos, o que permitiu dar resposta à unidade de competência específica: **“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (...)” (E1.1)**, assim como através da participação destes em todo o processo de cuidar (E1.1.1), facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4). A prestação de cuidados nos diferentes contextos de estágio permitiu-nos igualmente desenvolver competências quanto à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre as doenças comuns às várias idades (E1.2.1.), assim como na avaliação dos comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde, através da validação dos ensinamentos/orientações fornecidas.

Relativamente à prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, foram várias as atividades e práticas de cuidados promotores da maximização do potencial de desenvolvimento da criança que permitiram desenvolver a unidade de competência específica: **“Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (E3.1)**, como são exemplo a avaliação do desenvolvimento infantil através da mobilização da escala de Mary Sheridan, a promoção do aleitamento materno, verificação e atualização do PNV, assim como a transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do seu potencial no desenvolvimento infantil. Na UCIN, a utilização de ENF no alívio e controlo da dor no RN prematuro, favorecem a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável, minimizando as consequências que um nascimento precoce traz para a vida futura do mesmo.

A oportunidade de colaborar na prestação direta de cuidados ao RN e família, permitiu compreender que um dos focos da intervenção do EEESIP é a promoção da vinculação,

adotando a filosofia de CCF, dando resposta à competência específica: **“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (E3.2)**, onde foram desenvolvidas estratégias de promoção do conforto ao RN e pais, através do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (E3.2.6).

Os saberes adquiridos incorporados no desenvolvimento das atividades descritas neste relatório, permitiram desenvolver habilidades e competências no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade de forma a minimizar a dor, o desconforto e o stress da criança/jovem quando sujeita a procedimentos dolorosos, permitindo o desenvolvimento da unidade de competência: **“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem” (E2.2)**, através da aplicação **“de conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (E2.2.3)**, nomeadamente a realização da sessão de formação sobre ENF no alívio da dor aguda em contexto de UP, assim como a elaboração do Kit Gavetas Mágicas e o incentivo à musicoterapia na sala de tratamentos. Desta forma atuei em conformidade com o descrito no REPE (art.º. 9, nº4, alínea b), que refere, que os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do individuo, família, grupos e comunidade.

Durante o contexto de estágio em UCIN, a prestação direta de cuidados permitiu a mobilização de conhecimentos no cuidado ao RN em situação crítica e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e em suporte avançado de vida pediátrico, reconhecendo **situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (E2.1)**.

A procura de evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre o uso e mobilização das ENF no alívio e controlo da dor aguda na criança, jovem e família, e a aplicação de recursos oportunos para cuidar do RN em situação de particular exigência, decorrente da sua complexidade, concorre para o desenvolvimento da competência específica de EEESIP, **“Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (E2.4)**.

Estas competências foram a base de todo o percurso e atividades desenvolvidas, tendo em conta a preocupação constante no âmbito de uma prestação de cuidados não traumáticos e centrados na criança/jovem e família. Não posso deixar de referir o quanto este estágio se tornou dignificante e enriquecedor, dado a especificidade da área e o contributo que as aprendizagens aqui adquiridas representam para o meu desenvolvimento e afirmação enquanto futura EEESIP num contexto mais alargado da saúde infantil e pediatria.

5. PROJETOS FUTUROS

Com o objetivo de continuar a investir na formação contínua e na realização ou participação em estudo científicos que sustentem e fundamentem a prática de enfermagem, pretendo trabalhar num futuro próximo a folha de registos dos procedimentos de enfermagem que existe no meu contexto de trabalho, incluindo as ENF no alívio e controlo da dor nessa folha e que são realizadas em contexto de urgência em situação de dor aguda, de forma a dar visibilidade às intervenções autónomas da profissão, através do seu registo e posteriormente apresentar os dados trabalhados.

O contexto formativo foi o primeiro passo para esta sensibilização, com a realização de sessões de formação sobre a eficácia e importância das ENF no alívio e controlo da dor, sensibilizando toda a equipa para esta temática e dar a conhecer a evidência científica mais atual. A ausência de formação no serviço sobre a gestão diferenciada da dor, o desconhecimento por alguns elementos da equipa relativamente à existência de Guias Orientadores de Boas Práticas bem como de orientações técnicas na área da dor da DGS, pode comprometer uma prestação de cuidados de qualidade na gestão da dor da criança/jovem e família. Aliados a estes fatores existem também as barreiras existentes à formação pós-graduada dos enfermeiros, pelos elevados custos individuais e a pouca valorização de outros profissionais da equipa clínica relativamente às ENF no alívio e controlo da dor.

A execução e implementação do Kit “Gavetas Mágicas”, a introdução da estratégia de musicoterapia na sala de tratamentos e a revisão e mobilização da norma de procedimento da sacarose a 24%, foram o início desta sensibilização, apresentando-se como atividades potenciadoras da promoção do conforto da criança, jovem e família em situação de dor aguda. Reconheço que é necessário continuar a investir na formação dos meus pares, e na sensibilização de toda a equipa multidisciplinar, demonstrando com a prática realizada a eficácia das ENF no alívio e controlo da dor com vista à promoção do conforto da criança, jovem e família. Planeio ser capaz de identificar as necessidades formativas dos enfermeiros do meu contexto profissional e ser capaz de promover um plano de formação na área da gestão diferenciada da dor, tendo em vista o desenvolvimento profissional dos meus pares.

A administração de substâncias açucaradas é atualmente recomendada para o controlo da dor provocada por procedimentos invasivos (DGS, 2012b). Apesar do mecanismo de ação ainda não estar comprovado acredita-se que esteja relacionado com a libertação de opióides endógenos (Batalha, 2010b). O efeito é semelhante para todas as substâncias açucaradas, mas a sacarose parece ser a mais eficaz (Batalha, 2010b). Perspectivo, conseguir implementar a utilização da Sacarose a 24% como uma ENF no alívio e controlo da dor aguda.

No âmbito da minha formação acadêmica pretendo realizar uma *Scoping Review* dando continuidade ao Protocolo de Revisão Scoping intitulada: “*Estratégias não farmacológicas na gestão de dor aguda da criança e jovem em contexto de urgência hospitalar: protocolo de uma revisão scoping*”, já realizado na Unidade Curricular de Opção II do Curso de Mestrado em Enfermagem e continuar a investir na minha formação no âmbito da promoção do conforto da criança, jovem e família com enfoque na gestão diferenciada da dor aguda.

A experiência proporcionada e os conhecimentos adquiridos quanto ao método canguru em contexto de UCIN foram importantes para, posteriormente, o divulgar no meu contexto profissional, e implementar mais consistentemente nos cuidados prestados aos RN e família. Espero conseguir a sensibilização da equipa para a implementação do método canguru através do exemplo dado na prática de cuidados e da promoção de momentos de reflexão em equipa sobre o mesmo, ressaltando e valorizando as opiniões, comentários e as emoções demonstradas pelos pais durante e após essa experiência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as atividades desenvolvidas consegui aprofundar o conhecimento e aprimorar a prática de cuidados, relativamente à promoção do conforto da criança, jovem e família, através da gestão diferenciada da dor aguda, com a conjugação da análise da evidência científica e a reflexão da prática desenvolvida nos diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem. A prestação de cuidados nos diferentes contextos foi assente numa perspectiva centrada na criança, jovem e família, com recurso aos cuidados não traumáticos e numa óptica da Teoria do Conforto de Kolcaba. Considero que a escolha da Teoria do Conforto foi a melhor opção para orientar as minhas atividades, uma vez que me permitiu uma prestação de cuidados holísticos, centrados na criança, jovem e família em situação de dor aguda.

Ao longo dos estágios verifiquei que a gestão da dor é uma área que necessita ainda de ser um pouco dinamizada, podendo por em causa as reais necessidades de conforto da criança, jovem e família. As ENF no controlo e alívio da dor constituem-se como intervenções autónomas da profissão e por isso, podem e devem ser implementadas com vista a uma melhoria contínua dos cuidados prestados. Especificamente aquando os procedimentos dolorosos, a dor é um foco de atenção do enfermeiro, sendo essencial que este esteja sensibilizado para o seu alívio e controlo na criança e no jovem, através da mobilização das ENF. Destaco nos cuidados de saúde primários a importância para a mobilização das ENF durante a vacinação das crianças, pois contribuí para uma melhoria na satisfação das suas necessidades de conforto. Já no contexto de internamento, a promoção da capacitação e do envolvimento parental é um foco importante na área de atuação do enfermeiro, uma vez que aumenta a relação interpessoal enfermeiro-criança/família e minimiza eventuais aspetos adversos da hospitalização. Na UCIN, o método canguru e a administração de sacarose a 24% constituíram-se como estratégias fundamentais para a gestão diferenciada da dor, promovendo o conforto tanto do RN como dos pais numa situação de grande complexidade de cuidados. Por último, durante o contexto de UP, a criação do Kit “Gavetas Mágicas” e a implementação da musicoterapia na sala de tratamentos revelaram-se importantes instrumentos para diminuir a dor, o desconforto e a angústia durante a realização de procedimentos invasivos. Individualmente ou em conjunto, a prática reflexiva estimulou a otimização de todo este percurso formativo com um melhor aproveitamento das oportunidades de aprendizagem. A elaboração de jornais de aprendizagem permitiu um consolidar de conhecimento mediante a articulação entre teoria e prática.

Finalizo este percurso com um sentimento de transformação pessoal e profissional, resultante de um abarcar de conhecimentos e um aprofundar de saberes com base na prática reflexiva baseada na evidência, o que me proporcionou um crescimento contínuo e uma tomada de decisão fundamentada sobre os cuidados a prestar à criança e jovem na maximização da sua saúde e em resposta às necessidades do seu ciclo de vida. Reconheço ter sentido algumas dificuldades em expressar por escrito tudo o que assimilei, vivi e senti nesta caminhada, estando ciente que muito mais haveria para escrever, uma vez que existiram emoções e sentimentos vividos que não se traduzem em palavras, mas que foram parte integrante deste percurso. No entanto espero ter apresentado de forma clara e objetiva o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto futura EEESIP.

Ao longo deste percurso, o alívio e controlo da dor foram identificados como uma necessidade de conforto apresentada pela criança, jovem e família. Kolcaba e DiMarco (2005) no âmbito da Enfermagem Pediátrica, identificam a dor como uma necessidade de conforto físico. Apesar de esta teórica agrupar o controlo da dor na dimensão física das necessidades de conforto, é consensual que a gestão diferenciada da dor é uma intervenção de enfermagem que abrange os vários contextos do indivíduo, nomeadamente o contexto físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental. A filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica, tem como pedra basilar os CCF e os CNT, no entanto pela experiência da prática de cuidados, somos confrontados com a necessidade de realizar procedimentos dolorosos, ou potencialmente desconfortáveis. Assim, uma eficaz gestão diferenciada da dor, através da aplicação das ENF, permite à criança, jovem e família, manter o equilíbrio e homeostasia em todos os seus contextos de experiência, tal como refere Katharine Kolcaba.

Não posso deixar de mencionar que o curto período de prestação de cuidados na área pediátrica se traduziu num sentimento de “*principiante*” neste caminho e muita ansiedade. No entanto, a pesquisa bibliográfica exaustiva em cada contexto de estágio, os contributos dos enfermeiros orientadores, a partilha de experiências e a reflexão crítica e construtiva sobre as práticas, contribuíram para uma consciencialização do *Cuidar* nesta área de especialização, promotora do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Apóstolo, J. L. A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, Série II (9) Março, 61-67.
- Apóstolo, J., Antunes, M., Mendes, A., Castro, I. (2012). Conforto/Desconforto em doentes internados em clínica psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 33-38.
- Austin, D. (2010). The psychophysiological effects of music therapy in intensive care units. *Pediatric Nursing*, 22 (3), 14-20.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2006). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In Canavarro, M. (Eds.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306. Lisboa.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Batalha, L. (2010a). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. (2010b). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), 73-80.
- Batalha, L.M.C. (2013) Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Revista Saúde e Tecnologia*. Suplemento. 16-21.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, F. S., Nascimento, A. A. O., Siqueira, L. A. S., Silva, F., Silva, K. O. G. S., & Nova, J. C. V. (2017). Importância do processo de comunicação enfermeiro-paciente: Revisão integrativa da literatura. *Revista Saúde*, 11 (1).
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (4), 427- 433.

- Cunha, A. P., Ferreira, J. M., & Rodrigues, M.A. (2010). Atitude dos Enfermeiros face ao sistema Informatizado de Informação em Enfermagem, *Referência III*, 1, 7-16.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 Fevereiro (2008). Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República I - Série, N.º 28 (22-02-2008), 1182-1189.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ªEd) Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2) 26-47.
- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa. Retirado de <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30plano-nacional-de-luta-contr-a-dor>
- Direção-Geral de Saúde. (2003) Circular Normativa n.º 09/ DGCG: *A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2008). Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012a). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (Imês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012b). Circular Normativa N.º024/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*.Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2015). Circular Normativa N.º002/2018. *Sistemas de Triagem dos serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa. Direção-Geral de Saúde.
- Evans, T., Whittingham, K., & Boyd, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted?. *Infant Behavior and Development*: Elsevier, 35 (1), 1- 11.
- Faria, H. (2012). *Interação e perfis de comportamentos das crianças, pais e enfermeiros durante a vacinação pediátrica* (Tese de doutoramento). Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/7317>.

- Feliciano, Fátima (2007). *Método Canguru, o prosseguir da Vinculação pais-bebé prematuro*. Coimbra: Edições Almedina.
- Ferreira, M.A.G., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 6, 358-366.
- Grupo Português de Triage. (2010). Avaliação da dor como parte do processo de triagem. *Triage no serviço de urgência*. 2ª edição. Grupo Português de Triage.
- Grupo Português de Triage. (2015). Descrição do Grupo Português de Triage de Prioridades na Urgência. Acedido em 19/01/2018. Disponível em: <http://www.grupoportuguestriage.pt/jm/index.php/component/content/article/9-diversos/101-intro>
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.G.Paixão, Coord.) (9ª ed.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ª ed.) (Vol I). (pp. 1-20). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Homem, F., Patrício, M. F., Cardoso, R. & Lourenço, A. C. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (7), 169-177. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/37-169.pdf>
- Institute for Patient - and Family-Centered Care (2017). *Advancing the Practice of Patient And Family-centered care in Hospitals. How to Get Started...* Bethesda: IPFCC.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 188-239). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, 49, (2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. *Springer Publishing Company*, New York.

- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31, (3), 187-194.
- Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2ª Ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Mccarthy, A., & Kleiber, C. (2006). A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches. *Journal of Pediatric Nursing*. 21 (2). 88-98.
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Matsuda, M. R., Martins, M. R., Neto, M. A., & Matta, A. C. G. (2013). Métodos não-farmacológicos no alívio da dor no recém-nascido. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*. 5, (1), 59-63.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2015). Bases Teóricas para a Enfermagem, 4ª edição. Artemed
- McGrath, P.; & Unruh, A. M. (2014). History of pain in children. In: McGrath, Patrick *et al* (2014) - *Oxford Textbook of Paediatric Pain*. (pp. 4-10). Oxford University Press 2014.
- Mendes, M.G., & Martins, M. M (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (6), 113-121.
- Mendes, R. S., Cruz, A. M., Rodrigues, D. P., Figueiredo, J. V., & Melo, A. V. (2016). Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*, 15 (2), 390-395.
- Moniz, J. M.A. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa*. Loures. Lusociência.
- Mota, G., & Cunha, M. (2014). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem Reben*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>.
- Oliveira, C., & Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*, 14, 67-74.
- Oliveira, C. (2013). Conforto e Bem-estar enquanto Conceitos em Uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 17 (2), 2-8.
- Oliveira, C. S., Maia, E. B., Borba, R. I., & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 15 (1), 21-30.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pereira, F. L., Góes, F. S. N., Fonseca, L. M. M., Scochi, C. G. S., Castral, T. C., & Leite, A. M. (2013). A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Escolar Enfermagem USP*. 47 (6), 1272-1278.
- Pinto, V., & Conceição, A. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Sinais Vitais*, 80, 5–12.
- Pisco, L. (2007). *A reforma dos cuidados de saúde primários*. *Ordem dos Economistas*. Cadernos de Economia; 60-66. Acedido em 25/10/17, disponível em: http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2017). *La Pensée Infirmière*. (4ªed). Chenélière Education.
- Queirós, P. J. P., Fonseca, E. P. A. M., Mariz, M. A. D., Chaves, M. C. R F., & Cantarino, S. G. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuida. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (10), 85-94.
- Regulamento n° 367/2015 de 29 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República*, II Série (N.º124 de 29-06-2015) 17384-17391.
- Regulamento n° 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, II Série (N.º 119 de 22-06-2015) 16660-16665.
- Regulamento n° 422/2018 de 12 de Julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-07-2018). 19192-19194.

- Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02-2019). 4744-4750.
- Ribeiro, O.M.P.L., Martins, M.M.F.P.S., Tronchin, D.M.R., & Forte, E.C.N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 27 (2), 1-9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200307&lng=pt&tlng=pt
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos* (15), 1-38. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Rusy, L. M., & Weisman, S. J. (2000). Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatr Clin North Am*, 47 (3), 589-599.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 188-239). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Santos, L. (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa: IAC.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, XX (1), 26-31.
- Schreiber, J. A., Cantrell, D., Moe, K. A., Hench, J., McKinney, E., Preston Lewis, & C., Brockopp, D. (2014). Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: evaluation of an intervention. *Pain Management Nursing*, 15 (2), 474–481. Retirado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904212001889>
- Shaw, S. & Lamdin, R. (2011). Nurses have an ethical imperative to minimise procedural pain. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*. 17 (7). 12-14.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*, (5.ª ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, A., & Dowden, S. (2009). Status of pediatric nurses' knowledge about pain. *Pediatric Pain Letter*, 11 (3), 17-21.
- UNICEF (1990). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. NY: UNICEF. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Estrutura Taxonómica da Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba

Estrutura Taxonômica da Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba¹

	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico			
Psicoespiritual			
Sociocultural			
Ambiental			

¹ Tradução livre da autora. No original Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma de estágios

CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS

Ano Letivo	2017/2018																		
Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fev.
Dias	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	1	8	15	22	29	5
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	30	5	12	19	26	2	9
Serviço de Internamento Pediatria													Férias escolares						
Unidade de Cuidados Saúde Primários USF																			
UCIN																			
Urgência Pediátrica																			
Urgência Pediátrica ²																			

² Contexto de trabalho atual

APÊNDICE II

Guia Orientador das Atividades de Estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

LISTA DE SIGLAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CNT - Cuidados Não Traumáticos

EE - Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ENF - Estratégias não farmacológicas

OE - Ordem dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. Objetivos, Atividades e Competências a desenvolver	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração do presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular - Estágio com Relatório, integrada no 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Tem como objetivo descrever e orientar detalhadamente o meu percurso formativo e a aquisição e/ou desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008), a formação contínua é uma das competências que o enfermeiro deve ter presente promovendo a autoformação e o desenvolvimento pessoal e profissional, de modo a adquirir e desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da Saúde Infantil e Pediatria. A aquisição de competências em enfermagem envolve a articulação de vários processos, entre eles a formação inicial e contínua de competências, o processo de construção e evolução enquanto enfermeiro e o reconhecimento das competências pelos pares e pela comunidade em geral.

Este percurso formativo iniciou-se com a elaboração de um projeto individual de estágio intitulado **“Promoção do conforto da criança, jovem e família: Intervenções de Enfermagem na gestão diferenciada da dor aguda”**.

É crescente a valorização da dor da criança, sendo o seu alívio e controlo indissociáveis da prática de cuidados do enfermeiro. Esta temática sempre me preocupou e suscitou interesse, pelo que se tornou pertinente aprofundá-la no âmbito do presente mestrado, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O EEESCJ é um elemento chave no seio da equipa de saúde, devendo a sua intervenção na promoção do conforto e controlo da dor ser um dos pilares dos cuidados prestados à criança, jovem e sua família. A dor é uma realidade associada à hospitalização e internamento, que decorre dos procedimentos que a criança e jovem são submetidos, devendo esta problemática constituir um foco de atenção de enfermagem de forma a ser minimizada. É primordial que os enfermeiros estejam sensibilizados e consigam espelhar nas suas intervenções um elevado nível de qualidade no que concerne à avaliação, prevenção, controlo e alívio da dor aguda. Assim sendo, o enfermeiro tem um papel preponderante no que se refere à gestão não farmacológica apropriada e eficaz da dor, de modo a diminuir a ansiedade, provocada na maioria das vezes por procedimentos invasivos ao longo da hospitalização da criança, e atenuar a dor promovendo cuidados o menos traumáticos possível.

As Estratégias Não Farmacológicas (ENF) que promovam o bem-estar e o alívio da dor, detêm para o enfermeiro, uma importância fulcral, inserindo-se no domínio da sua responsabilidade autónoma, sendo instituídas no Plano Nacional de Luta Contra a Dor (DGS & APED, 2001), como uma das prioridades no âmbito dos cuidados de enfermagem. São geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor aguda e durante procedimentos dolorosos, ou ainda como complemento das estratégias farmacológicas (OE, 2013), que diminuem o medo e ansiedade das crianças e suas famílias e lhes proporcionam conforto e bem-estar.

A literatura tem expressado um interesse crescente sobre as estratégias de promoção do conforto para a criança e família, centrando o seu enfoque no controlo e alívio da dor. Também referido no Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013), cuidar da criança com dor exige do enfermeiro não só um conhecimento científico dos fármacos analgésicos e seus critérios de administração, como um conhecimento profundo das intervenções não farmacológicas.

Cabe ao enfermeiro especialista proporcionar e garantir as condições de conforto de uma forma holística, centrando as suas intervenções no modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF). O enfermeiro deve utilizar um conjunto de estratégias ao seu dispor, de prevenção e alívio do desconforto da criança e família e reconhecer que estas desenvolvem um esforço ativo no sentido colmatar as suas necessidades de conforto (OE, 2013).

A escolha dos diferentes locais de prática para a realização dos estágios, assenta em algumas características e especificidades que passo a referir seguidamente:

► Serviço de Internamento de Pediatria:

O serviço de internamento de pediatria escolhido é suportado por tecnologia de ponta e profissionais experientes, sendo um valor fundamental a humanização na prestação de cuidados, assente na filosofia de CCF e de Cuidados não Traumáticos (CNT), assegurando o respeito pelos direitos da criança, jovem e família, onde a promoção do processo de vinculação e do papel parental são primordiais assim como a promoção do conforto nas intervenções de enfermagem realizadas. Um dos pontos fortes desta instituição é a partilha de recursos com outras instituições hospitalares da Península de Setúbal, em termos de complementaridade e articulação, nomeadamente com a instituição onde presto funções, no que respeita a situações de doença da criança e jovens mais complexas.

► Unidade de Saúde Familiar

A Unidade de Saúde Familiar (USF) escolhida é constituída por uma equipa multidisciplinar que tem como missão prestar cuidados de saúde personalizados, globais, equitativos e de qualidade, promovendo a participação e autonomia aos cidadãos e o desenvolvimento profissional e pessoal dos seus profissionais. Relativamente à Saúde Infantil são seguidas as recomendações da Direção-Geral da Saúde, sendo a consulta dirigida a todos os utentes com idade inferior a 18 anos, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, sendo por este motivo um local de referência que poderá contribuir para desenvolver competências de EEESCJ relativas à avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Para além disso, a USF encontra-se inserida na área de abrangência do hospital onde exerço funções pelo que poderá ser um importante contributo para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em contexto de promoção da saúde e prevenção da doença.

► Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) emergiu do facto de esta ser uma referência a nível nacional, distinguida pela inovação, qualidade dos cuidados e humanização do atendimento. A UCIN é uma unidade de apoio perinatal diferenciado, que assiste todos os recém-nascidos (RN) que nascem no hospital ou são referenciados por necessidade de vigilância ou cuidados especiais, assim como o RN gravemente doente ou prematuro de muito baixo peso. É uma unidade onde é dado grande ênfase à promoção da vinculação, à transição para a parentalidade e cuidados de enfermagem promotores do CCF, sendo um local de referência para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESCJ, em contexto de elevada complexidade. A UCIN é ainda um serviço que promove a prestação de cuidados não traumáticos, dando grande relevância à promoção do conforto do RN em situação de dor aguda.

► Unidade de Urgência Pediátrica

A escolha do primeiro local de estágio numa Unidade de Urgência Pediátrica relaciona-se com o facto de se pretender observar a realidade de uma unidade com características semelhantes à unidade onde exerço funções. O conhecimento de outra realidade e de outras normas de procedimento relativas à avaliação, alívio e controlo da dor da

criança e do jovem, assim como a observação e mobilização de ENF pela equipa de enfermagem, poderão constituir um contributo para as atividades perspectivadas no meu contexto de trabalho, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, neste contexto encontra-se instituído o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, tal como preconizado pelo Grupo Português de Triagem, que permite priorizar situações de doença, concedendo prioridades de acordo com a gravidade da situação. A introdução do Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester é um projeto a ser implementado brevemente no meu contexto de prática, pelo que poderá constituir um importante contributo num futuro breve, ao poder observar a forma como é feita a otimização e utilização deste Sistema de Triagem.

O segundo período de estágio corresponde ao local onde exerço funções, o que será determinante para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família, com enfoque na promoção do conforto através da gestão diferenciada da dor aguda. Este contexto torna-se frequentemente o primeiro contacto da criança, jovem a família com os serviços de saúde com a possibilidade de hospitalização ou a realização de procedimentos invasivos, situações frequentemente geradoras de desconforto e ansiedade. A auscultação dos EEESCJ e a contextualização da problemática desenvolvida será fundamental para o desenvolvimento das atividades programadas relativamente à mobilização das ENF no alívio controlo e da dor aguda, com vista à promoção do conforto da criança, jovem e família.

1. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

As atividades planejadas para o período de estágio visam desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e competências específicas de EEESCJ. Neste sentido definiram-se como **objetivos gerais**:

- 1.** Desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à criança, jovem e família em diferentes contextos de prática;
- 2.** Desenvolver competências na promoção do conforto da criança, jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor aguda.

Com o intuito de concretizar os objetivos supracitados e de poder beneficiar de aprendizagens significativas, segue-se a apresentação dos objetivos específicos definidos e atividades planejadas, assim como as competências comuns de EE e específicas de EEESCJ que se pretende adquirir e desenvolver.

Como **objetivos específicos** defini:

- 1.1** - Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias;
- 1.2** - Desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família de acordo com o estágio de desenvolvimento.
- 2.1** - Analisar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à criança, jovem e família;
- 2.2** - Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda promotoras de conforto à criança, jovem e família, no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- 2.1** - Capacitar os pais na promoção do conforto à criança e jovem.

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDADO À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE PRÁTICA			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.1	Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias			
ATIVIDADES	RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	LOCAL E DURAÇÃO
a) Pesquisa bibliográfica sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; b) Análise dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados nos diferentes contextos de prática; c) Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família no âmbito das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, Vacinação e Saúde Escolar; d) Avaliação do crescimento e desenvolvimento	<u>Humanos</u> • Equipa multidisciplinar • EEESCJ • Crianças e Jovens • Docente orientador	• Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil; • Avalia o crescimento e desenvolvimento do RN, <i>toddler</i> , pré-	<u>Competências específicas do EEESCJ</u> E1 - E 1.1. E1 – E 1.2. E3 - E 3.1.	• Transversal a todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018 • Cuidados de saúde primários de 23 de Outubro a 17

<p>do RN, lactente, <i>toddler</i>, pré-escolar, escolar e adolescente;</p> <p>e) Prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes contextos de saúde e doença tendo em conta as etapas de desenvolvimento, com foco na promoção do conforto em situação de dor aguda.</p> <p>f) Identificação das reações emocionais da criança e jovem aquando vários procedimentos potencialmente dolorosos de acordo com o estágio de desenvolvimento;</p> <p>g) Reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem relacionadas com a avaliação do desenvolvimento infantil;</p> <p>h) Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESCJ.</p>	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • Manual de normas e protocolos dos diferentes serviços; • Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil • Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ 	<p>escolar, escolar e adolescente;</p>	<p><u>Competências Comuns do EE</u></p> <p>A1 – A 1.1.</p> <p>A2 – A 2.2.</p> <p>D2 – D 2.1.</p> <p>D2 – D 2.2.</p>	<p>de Novembro de 2017</p>
---	---	--	--	----------------------------

OBJETIVO GERAL 1	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO CUIDADO À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA EM DIFERENTES CONTEXTOS DE PRÁTICA				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1.2	Desenvolver capacidades de comunicação com a criança, jovem e família de acordo com o estágio de desenvolvimento				
ATIVIDADES		RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	COMPETENCIAS A DESENVOLVER	LOCAL E DURAÇÃO
a) Pesquisa bibliográfica sobre estratégias de uma comunicação eficaz, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, jovem e família tendo em conta o seu nível educacional, crenças e valores b) Observação participante da interação do EEESCJ com a criança, jovem e família; c) Identificação de estratégias comunicacionais utilizadas pelo EEESCJ promotoras do cuidado emocional à criança, jovem e família;		<u>Humanos</u> • Equipa multidisciplinar • EEESCJ • Crianças e Jovens • Docente orientador	• Demonstra conhecimentos sobre técnicas de comunicação eficaz na relação com a criança, jovem e família de acordo com o seu nível educacional, crenças e	<u>Competências específicas do EEESCJ</u> E1 – E 1.2. E2 – E 2.2. E3 – E 3.3	• Transversal a todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018

<p>d) Prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na comunicação com a criança, jovem e família;</p> <p>e) Reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem relacionada com estratégias de comunicação mais adequadas a cada estágio de desenvolvimento e nível de compreensão dos pais;</p> <p>f) Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESCJ.</p>	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • Manual de normas e protocolos dos diferentes serviços; • Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ 	<p>valores;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica intervenções de enfermagem promotoras da regulação emocional para cuidar. 	<p><u>Competências Comuns do EE</u></p> <p>A2 – A 2.1.</p> <p>B.3 – B 3.1.</p> <p>D1 – D 1.1.</p> <p>D1 – D 1.2.</p>	
---	--	--	---	--

OBJETIVO GERAL 2	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA COM FOCO NA GESTÃO DIFERENCIADA DA DOR AGUDA			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2.1	Analisar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à criança, jovem e família			
ATIVIDADES	RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER	LOCAL E DURAÇÃO
a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre as escalas de avaliação da dor na criança e jovem de acordo com o seu estágio de desenvolvimento; b) Identificação das estratégias não farmacológicas mobilizadas mais frequentemente no controlo da dor aguda aquando procedimentos dolorosos nos vários contextos de prática;	<u>Humanos</u> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa multidisciplinar • EEESCJ • Crianças e Jovens com dor ou risco de dor aguda • Docente orientador 	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora um jornal de aprendizagem sobre as práticas no âmbito do controlo da dor em situações de dor aguda; • Elabora uma síntese reflexiva 	<u>Competências específicas do EEESCJ</u> E1 – E 1.1. E1 – E 1.2. E2 – E 2.1. E2 - E 2.2.	<ul style="list-style-type: none"> • Transversal a todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018

<p>c) Elaboração da <i>scoping review</i> relativamente às estratégias não farmacológicas na gestão de dor aguda da criança e jovem em contexto de urgência hospitalar.</p>	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • Manual de normas e protocolos dos diferentes serviços; • Guia orientador de boa prática – ENF no controlo da dor na criança da OE; • Escalas de avaliação da dor; • Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ; • Bases de dados científicas; • Guião para a observação das práticas de avaliação da dor aguda e de utilização de estratégias não 	<p>sobre a prática de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora um guião de observação das práticas de avaliação da dor aguda e da utilização de estratégias não farmacológicas • Demonstra conhecimentos relativamente aos cuidados de enfermagem com enfoque na promoção do conforto e utilização das estratégias não 	<p>E2 – E 2.4. E3 - E 3.3.</p> <p><u>Competências Comuns do EE</u></p> <p>A1 – A 1.1. A1 – A 1.4. A2 – A 2.1. A2 – A 2.2. B2 – B 2.2. D2 – D 2.1. D2 – D 2.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência Pediátrica de 8 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018
---	--	---	---	--

	farmacológicas no controlo da dor aguda;	farmacológicas no controlo da dor aguda		
--	--	---	--	--

OBJETIVO GERAL 2	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA COM FOCO NA GESTÃO DIFERENCIADA DA DOR AGUDA.				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2.2	Promover o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda promotoras de conforto à criança, jovem e família, no âmbito dos cuidados de enfermagem;				
ATIVIDADES		RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	COMPETENCIA S A DESENVOLVER	LOCAL E DURAÇÃO
a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor aguda da criança e jovem; b) Realização de pesquisa bibliográfica sobre as escalas de avaliação da dor na criança e jovem de acordo com o seu estágio de desenvolvimento; c) Identificação das reações físicas e emocionais da criança e jovem face a procedimentos dolorosos. d) Planear intervenções individualizadas no		<u>Humanos</u> • Equipa multidisciplinar • EEESCJ • Crianças e Jovens com dor ou risco de dor aguda • Docente orientador	• Elabora uma síntese reflexiva sobre a prática de cuidados •Demonstra conhecimentos relativamente	<u>Competências específicas do EEESCJ</u> E2 - E 2.2. E2 - E 2.4. E3 - E 3.3.	• Transversal a todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018

<p>sentido do autocontrolo da dor aguda na criança e jovem;</p> <p>e) Aplicação de escalas de avaliação da dor à criança e jovem, adequadas a cada estágio de desenvolvimento;</p> <p>f) Aplicação de medidas não farmacológicas de controlo da dor aguda;</p> <p>g) Avaliação da eficácia das medidas não farmacológicas de alívio e controlo da dor;</p> <p>h) Sensibilização dos profissionais de saúde sobre a importância do uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor aguda;</p> <p>i) Identificação de necessidades formativas da equipa de enfermagem;</p> <p>j) Se oportuno, elaboração de sessão de formação em contexto de estágio no âmbito da gestão da dor aguda em crianças e jovens e a mobilização de medidas não farmacológicas;</p> <p>k) Elaboração de um manual sobre as estratégias não farmacológicas no controlo da dor adaptadas ao contexto de urgência pediátrica;</p>	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • Manual de normas e protocolos dos diferentes serviços • Guia orientador de boa prática – ENF no controlo da dor na criança da OE; • Escalas de avaliação da dor • Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEESCI • Material lúdico-pedagógico necessário para a aplicação de medidas não farmacológicas no alívio e 	<p>aos cuidados de enfermagem com enfoque na promoção do conforto e utilização das estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda</p>	<p><u>Competências Comuns do EE</u></p> <p>A2 – A 2.2.</p> <p>B1 – B 1.2.</p> <p>B2 – B 2.2.</p> <p>C1 – C 1.1.</p> <p>D2 – D 2.1.</p> <p>D2 – D 2.2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urgência Pediátrica de 8 de Janeiro a 9 de Fevereiro de 2018
--	---	--	--	--

<p>l) Promoção dos pais numa relação de parceria na mobilização de estratégias não farmacológicas no controlo da dor aguda;</p> <p>m) Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ.</p>	<p>controlo da dor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bases de dados científicas. 			
--	--	--	--	--

OBJETIVO GERAL 2	DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA COM FOCO NA GESTÃO DIFERENCIADA DA DOR AGUDA				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2.3	Capacitar os pais na promoção do conforto à criança e jovem.				
ATIVIDADES		RECURSOS UTILIZADOS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	COMPETENCIAS A DESENVOLVER	LOCAL E DURAÇÃO
a) Realização de pesquisa bibliográfica sobre técnicas de promoção de conforto à criança, jovem e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento; b) Incentivar os pais na prestação de cuidados à criança e jovem; c) Transmitir sentimentos de segurança e tranquilidade à criança, jovem e família; d) Educação aos pais relativamente a técnicas		<u>Humanos</u> • Equipa multidisciplinar • EEESCJ • Crianças e Jovens com dor ou risco de dor aguda • Docente orientador	• Elabora uma síntese reflexiva sobre a prática de cuidados • Demonstra conhecimentos relativamente aos	<u>Competências específicas do EEESCJ</u> E1 – 1.1. E1 – E 1.2. E2 – E 2.1. E2 - E 2.2.	• Transversal a todos os contextos de prática de 25 de Setembro de 2017 a 09 de Fevereiro de 2018

<p>de conforto à criança e jovem;</p> <p>e) Identificar perturbações do comportamento / experiências anteriores em situação de dor aguda à criança, jovem e família;</p> <p>f) Promoção da comunicação pais-RN (comunicação verbal, toque, massagem);</p> <p>g) Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre as minhas práticas no âmbito do controlo da dor em situações de dor aguda;</p> <p>h) Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ;</p>	<p><u>Materiais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador com acesso à internet; • Manual de normas e protocolos dos diferentes serviços; • Guia orientador de boa prática – ENF no controlo da dor na criança da OE; • Escalas de avaliação da dor; • Regulamento de competências comuns do EE e específicas do EEESCJ; • Bases de dados científicas; 	<p>cuidados de enfermagem com enfoque na promoção do conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demonstra conhecimentos relativamente aos cuidados promotores do desenvolvimento do RN 	<p>E2 - E 2.4.</p> <p><u>Competências Comuns do EE</u></p> <p>A1 – A 1.1.</p> <p>A2 – A 2.1.</p> <p>A2 – A 2.2.</p> <p>B3 – B 3.1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de 20 de Novembro a 15 de Dezembro de 2017
---	---	--	---	---

Legenda referente às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiros Especialista

A - Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

A1. Desenvolve uma Prática Profissional e Ética no seu Campo de intervenção

- A1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada
- A1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas
- A1.3. Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade
- A1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A2. Promove Práticas de Cuidados que Respeitam os Direitos Humanos e as Responsabilidades Profissionais

- A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos
- A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente

B – Domínio da Melhoria da Qualidade

B1. Desempenha um papel Dinamizador no Desenvolvimento e Suporte das Iniciativas Estratégicas Institucionais na Área da Governação Clínica

- B1.1. Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade
- B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática

B2. Concebe, Gere e Colabora em Programas de Melhoria Contínua da Qualidade

- B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado
- B2.2. Planeia programas de melhoria contínua
- B2.3. Lidera programas de melhoria

B3. Cria e Mantém um Ambiente Terapêutico e Seguro

- B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção de indivíduos/ grupo
- B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

C1. Gere os Cuidados Otimizando a Resposta da Equipa de Enfermagem e seus Colaboradores e a Articulação na Equipa Multiprofissional

C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade

C2. Adapta a Liderança e a Gestão dos Recursos às Instituições e ao Contexto visando a Otimização da Qualidade de Cuidados

C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos

D – Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

D1. Desenvolve o Autoconhecimento e a Assertividade

D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto e pessoa enfermeiro

D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade

D2.2. Suporta prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade

D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

1. Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde

E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem

E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/ jovem

2. Cuida da criança/ jovem e famílias nas situações de especial complexidade

E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados

E2.2. Faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas

E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados

E2.4. Providencia cuidados à criança/ jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportados na evidência

E2.5. Promove a adoção da criança/jovem e família à doença crónica, oncológica, deficiência/ incapacidade

3. Prestas Cuidados Específicos em respostas às necessidades do ciclo da vida e de desenvolvimento da criança/ jovem

E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais

E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

E3.4. Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa. Retirado de <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/controlo-da-dor/30plano-nacional-de-luta-contr-a-dor>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE III

**Síntese das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda na
criança/jovem**

NOTA INTRODUTÓRIA

A necessidade de realização do presente trabalho surge no âmbito da pesquisa bibliográfica realizada sobre a temática em estudo, durante o 3º semestre que corresponde à prática clínica realizada nos contextos de estágio, durante a unidade curricular: Estágio com Relatório. A revisão e sistematização das estratégias não farmacológicas na gestão diferenciada da dor aguda, baseada na evidência científica atual, representa um passo importante para a consciencialização e integração de novos saberes e conhecimento acerca das intervenções do EEESIP, promotoras de conforto à criança, jovem e família passíveis de serem utilizadas nos diversos contextos de estágio.

Síntese das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda na criança e jovem

Classificação	Estratégias não farmacológicas	Definição
Comportamentais	Dessensibilização	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de técnicas de coping a fim de reduzir a sensibilidade do organismo; - Diminui a ansiedade; - Exige tempo de cuidados (pouco utilizada na prática de cuidados pediátrica).
	Reforço Positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elogio ou recompensa através de um relato positivo; - Transforma o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso; - Recompensas: brinquedos, autocolantes, pensos coloridos, diplomas, medalhas.
	Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia que prepara a criança para uma situação stressante ou desagradável, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao acontecimento; - Diminui o metabolismo, o consumo de energia e de oxigénio; - Diminui FR, FC e TA; - Dá a sensação de calma; - Diminui a dor e a ansiedade.
Cognitivas	Informação preparatória	<ul style="list-style-type: none"> - Informa a criança, jovem e família sobre o procedimento a realizar; - A criança/jovem e família tornam-se

		<p>participantes nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação sensorial: tem foco na explicação das sensações que podem decorrer dos procedimentos; - Ajuda a reduzir a ansiedade e o medo da criança e ajuda a aumentar o seu autocontrolo.
	Mudança de memória	<ul style="list-style-type: none"> - Tem por objetivo desmistificar; - Diminui a angústia antecipatória.
Cognitivo-Comportamentais	Distração	<ul style="list-style-type: none"> - Direciona a atenção da dor para situações agradáveis, não relacionadas com o procedimento; - Técnica utilizada na em situação de dor ligeira a moderada, de curta duração (menos de 60 minutos). - Eficaz/Económico; - Requerem pouco tempo.
	Modelagem e Ensaio	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre o que se vai fazer; - Envolve a demonstração do uso de estratégias de <i>coping</i> por um adulto ou criança; - Diminui a dor e a ansiedade.
	Imagem Guiada	<ul style="list-style-type: none"> - Procura obter sensação de bem-estar e relaxamento; - Atua como alívio e distração através da concentração numa ideia ou imagem particular;

		<ul style="list-style-type: none"> - Útil a partir dos 4 anos de idade; - Implica tempo de aplicação.
Físicos	Aplicação de Calor/Frio	<ul style="list-style-type: none"> - O calor promove a circulação sanguínea e elimina os produtos de degradação metabólica; - O frio diminui a circulação sanguínea e favorece a diminuição do edema; - Útil nas crianças a partir de 1 de idade.
	Massagem	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina os produtos de degradação celular; - Estimula as fibras de grandes diâmetros dos aferentes primários; - Indicada em dores músculo-esqueléticas, em queimados e em cólicas no recém-nascido; - Contra-indicada em recém-nascidos com menos de 32 semanas.
	Posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a organização comportamental e o conforto; - A posição fetal nos prematuros é reconfortante.
Suporte Emocional	Presença	<ul style="list-style-type: none"> - A presença dos pais melhora o relacionamento e sentimento de segurança; - Diminui a percepção de dor e a ansiedade; - Garante proteção, confiança, amor e

		carinho à criança.
	Conforto/Toque	<ul style="list-style-type: none"> - As medidas de conforto devem estar relacionadas com o estágio de desenvolvimento da criança/jovem; - Embalar, acariciar, brincar, contar uma história.
Ambientais	Temperatura, Luz, Ruído, Mobiliário, Decoração	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a criação de um ambiente de bem-estar; - Decoração e mobiliário devem ser orientados para as necessidades da criança/jovem; - Tornam o ambiente mais familiar e tranquilo.

(Batalha, 2010; DGS, 2012; OE, 2013)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE IV

Jornal de Aprendizagem: “Envolvendo os pais no Cuidar”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

“Envolvendo os Pais no Cuidar”

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem tem como objetivo refletir sobre um episódio decorrido durante o estágio num serviço de internamento de pediatria, durante a prática de cuidados relativamente à gestão da dor aguda com recurso às ENF no alívio e controlo da dor, centrando a atenção na importância da intervenção do EEESIP no envolvimento parental durante procedimento invasivos e potencialmente dolorosos.

O processo reflexivo revela-se importante para a construção de um pensamento crítico. Dois objetivos definidos para este campo de estágio, visavam analisar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à criança, jovem e família e promover o uso de ENF no alívio e controlo da dor aguda no âmbito dos cuidados de enfermagem.

O momento de prestação de cuidados de enfermagem alvo de reflexão diz respeito a uma situação durante a prática de cuidados onde houve a necessidade de punção de veia periférica numa criança com 4 anos de idade na companhia do pai.

De seguida descrevo a situação e analiso a ação, procurando apreender o essencial que me possa ajudar a estruturar no futuro atitudes e intervenções perante situações semelhantes. Realizo uma reflexão sistematizada de acordo com o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, em 6 etapas.

Descrição - O que aconteceu?

A M. de 5 anos tinha uma cirurgia programada do foro de otorrinolaringologia naquela manhã, havendo necessidade de internamento nesse dia. Como preparação pré-operatória houve a necessidade de puncionar uma veia periférica para colheita de sangue para análises e administração de medicação EV antes da sua ida para o bloco operatório. O procedimento foi realizado na sala de tratamentos, estando presentes o enfermeiro orientador, a auxiliar de ação médica e eu. O enfermeiro orientador com discurso claro, deu oportunidade ao pai de presenciar ou não procedimento, não havendo mais nenhuma informação pré preparatória.

O pai concordou prontamente em acompanhar a M. durante o procedimento invasivo, referindo que ela estaria mais calma na presença do pai.

Quanto à minha intervenção, iniciou-se pela minha apresentação tanto à criança como ao pai e mostrando disponibilidade para ajudar no procedimento. Com um discurso simples e uma linguagem adequada à faixa etária, foi explicado à M. pelo enfermeiro orientador, qual o procedimento a realizar, que assentiu com um faceis de medo, desconfiança e um olhar fixo no pai. Foi ainda dado a escolher qual o sítio onde a M. desejava sentar-se durante o procedimento, entre a marquesa e o colo do pai. O procedimento foi realizado ao colo do pai, havendo a negociação que o braço a ser puncionado teria que estar em cima da marquesa, podendo segurar o seu boneco favorito com o outro braço.

No momento do procedimento a M. ficou agitada e chorosa, assustou-se no momento de punção e mexeu o braço, havendo necessidade que a puncionar uma segunda vez e as palavras para o pai por parte do enfermeiro orientador foram: “temos que picar outra vez.....agora tem que segurar com mais força”. Olhei para o pai que apresentava uma expressão ansiosa, preocupada e um olhar perdido...um olhar que pedia ajuda. Neste momento a minha atenção centrava-se na M. e nas técnicas de distração com um dos seus brinquedos favoritos.

A segunda tentativa de punção foi realizada com sucesso, sendo a contenção física a estratégia adoptada tanto pela auxiliar de ação médica, como pelo pai, a quem tinha sido imposta a adopção de tal estratégia.

No final do procedimento a M. encontrava-se chorosa, com medo, enrolada às pernas do pai. No entanto, o enfermeiro elogiou a criança pela sua atitude corajosa, ofereceu-lhe uma recompensa de bom comportamento, o que proporcionou um sorriso na M. deixando-a um pouco mais feliz. Neste momento, as minhas palavras dirigiram-se à M. Palavras que tentavam acalmar a criança, transmitindo apoio e carinho. Falei calmamente com uma linguagem simples e adequada, a fim de a distrair do procedimento realizado, com o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar.

Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

Foram vários e até ambíguos os sentimentos vivenciados, que oscilaram no decorrer do procedimento e que me conduziram à reflexão e análise da situação e ao planeamento de situações futuras semelhantes.

Um dos primeiros sentimentos experienciados relacionou-se com o facto de existir uma explicação prévia à criança acerca do procedimento a realizar, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento com uma linguagem apropriada à idade e ter sido dada a oportunidade de M. escolher o local onde desejava sentar-se. Um sentimento de satisfação! Assim, o procedimento foi efetuado com a criança ao colo do pai, podendo ainda esta segurar o seu boneco preferido.

Durante a segunda tentativa de punção, quando foi dito ao pai que precisava de segurar a sua filha com mais força, a expressão facial do pai mudou. Um olhar fixo na enfermeira, apreensivo, desiludido e até de alguma angústia. Senti-me impotente e triste por não conseguir ajudar o pai naquele momento. Fez-me refletir sobre a falta de informação prévia, relativamente à forma como o pai poderia ajudar a sua filha durante um procedimento potencialmente doloroso. Fez-me refletir sobre o envolvimento parental durante os procedimentos potencialmente doloroso. Senti uma enorme frustração por não poder intervir de forma mais consistente e de forma a ter evitado aquele momento de sofrimento vivido pelo pai. Mantive um sorriso quase forçado ao pai com a intenção de transmitir algum apoio e segurança.

Avaliação – O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência teve mais aspectos positivos que negativos no meu percurso formativo, pois proporcionou mais um momento de aprendizagem importante.

Foi bastante positivo observar a intervenção do enfermeiro orientador na explicação prévia do procedimento à criança, dando oportunidade de segurar o seu brinquedo favorito e escolher o lugar onde se queria sentar, o que vai de encontro ao 4º artigo patente na carta da Criança Hospitalizada: “as crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão” (IAC, 2008). Sempre que seja possível, é relevante que seja feita a preparação da criança para qualquer intervenção ou procedimento a que tenha que ser submetida enquanto hospitalizada utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo, em sala própria, com um ambiente calmo e agradável (DGS, 2012). Sob esta ótica, o enfermeiro define os temas a abordar com a finalidade de estabelecer uma relação de confiança com a criança, tentando minimizar o impacto de uma experiência

traumática, recorrendo a várias estratégias na preparação da criança submetida a cirurgia, tais como: transmissão de informações, uso do brinquedo terapêutico, distração, dessensibilização ou técnicas de relaxamento (OE, 2011).

O aspeto negativo desta experiência prendeu-se com a falta de informação preparatória possível de ser fornecida aos pais antes da realização de um procedimento doloroso, o que deve ser dada atempadamente com o objetivo de estes encontrarem estratégias para lidar com momentos de ansiedade e stress. Esta informação deve centrar-se na utilização de ENF no alívio e controlo da dor da criança que podem ser utilizadas pelos pais. De acordo com Batalha (2010), pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos constituem não só uma força estabilizadora para a criança, como garantem proteção, confiança e carinho e uma presença de qualidade que passa por pequenos gestos como tocar, falar e deixar chorar. Corroborando o mesmo autor, é também importante que os pais não sejam envolvidos na imobilização dos filhos, pois a criança poderá ficar confusa sobre o papel dos seus pais.

Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?

Preparar a criança para um procedimento minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação, apoia a sua capacidade de lidar com a situação e pode levá-la a desenvolver novas habilidades, além de promover uma sensação de domínio ao experimentar um evento potencialmente stressante (Jacob, 2014).

Preconiza-se como uma boa prática de cuidados de enfermagem a informação preparatória relativamente a técnicas relacionadas com a realização de procedimentos potencialmente dolorosos de forma a minimizar o impacto da dor e a ansiedade (Batalha, 2010). Também a OE (2013) se manifesta em relação a esta temática na medida em que a transmissão desta informação se destina a tranquilizar a criança e obter a sua colaboração, sobretudo em procedimentos dolorosos. Segundo a mesma entidade, o EEESCJ "trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...) assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa"(OE, 2010, p.1). No entanto estudos realizados por Ygge e Arnestz (2004), acerca do envolvimento dos pais na prestação de cuidados, demonstram que os pais valorizam os profissionais de saúde, mas experimentam, durante a hospitalização, a falta de informação antecipatória e a não negociação do seu papel.

Assim sendo e refletindo sobre a situação vivenciada, pode-se considerar que teria sido benéfica uma explicação ao pai de M. acerca das diversas ENF no alívio e controlo da

dor existentes e possíveis de utilizar numa criança de 4 anos, o que poderia ter minimizado a ansiedade e a apreensão sentidas pelo pai.

Com base nesta premissa, é preponderante que o EEESCJ invista na preparação dos pais para os procedimentos potencialmente dolorosos, valorizando o desempenho do papel parental e favorecendo a sua participação ativa como elementos essenciais para o sucesso da intervenção, e concomitantemente promover a diminuição do stress e ansiedade associados a estes momentos. Desta forma, colocam-se então dois conceitos básicos: a capacitação dos pais, em que o enfermeiro cria oportunidades para que a família ponha em prática as suas competências e adquira outras necessárias para cuidar a criança; e o envolvimento parental, onde a família estabelece relações positivas, através da interação que estabelece com o enfermeiro, aumentando as suas capacidades e habilidades (Hockenberry & Wilson, 2014). Também a DGS (2012) preconiza como boa prática a preparação e informação dirigida aos pais sobre a sua conduta durante o procedimento doloroso, de modo a potenciar o seu apoio à criança, não devendo os pais serem envolvidos na sua restrição física.

Pretende-se que a família seja responsável pelo cuidar da sua criança e que tome decisões, através de um processo de negociação de responsabilidades com o enfermeiro, de forma a encontrarem as respostas e potencialidades para resolver uma situação específica, geradora de dor, ansiedade e stress. Os pais sentem-se acolhidos pela equipa quando os profissionais de saúde demonstram atitudes de respeito, carinho, compreensão e atenção. O cuidado, para eles, transcende o procedimento invasivo em si e a proximidade com a equipa desenvolve elos de confiança e sentimentos de gratidão pelo cuidado prestado e atenção dispensada ao filho (Molina & Marcon, 2009).

O envolvimento dos pais durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos é benéfico tanto para os enfermeiros como para a criança, jovem e família, mas exige, por parte do enfermeiro uma boa comunicação, apoio, compreensão e transmissão de informação antecipatória facilitadora de um procedimento invasivo o menos doloroso possível.

Para Barros (2003), a ansiedade parental pode ser facilmente transmitida à criança através dos seus comportamentos e atitudes, causando um maior foco de atenção na sensação dolorosa. Para colmatar esta dificuldade é necessário que a família tenha alguma compreensão do fenómeno da dor, das suas causas e das ações facilitadoras para uma intervenção eficaz no seu controlo. Neste âmbito estão inseridas as intervenções de conforto que devem estar relacionadas com o estágio de desenvolvimento da criança. Assim, para as crianças mais pequenas, intervenções como falar, cantar, contar histórias, são medidas amplamente adotadas. Nesta situação em particular deveria ser tentado descentrar a criança do

procedimento que estava a ocorrer e aproveitar para promover a interação entre ela e o pai. Penso que o comportamento de M. aquando a segunda tentativa de punção periférica, ficando chorosa e agitada, deveu-se à falta de segurança e proteção que sentia, tanto por parte dos enfermeiros como do pai que naquele momento a sua função era conter os movimentos da sua filha. Deste modo, torna-se fulcral a informação antecipatória à família, dos cuidados a prestar à criança durante procedimentos invasivos, que deveria ser parte integrante do plano de cuidados à criança e ao pai, enaltecendo os princípios dos cuidados centrados na família. A contenção de movimentos por parte do pai deveria ser evitada, em substituição de ações confortantes, como por exemplo, o abraço, como a estratégia mais adequada.

A promoção da presença dos pais e da sua colaboração aquando um procedimento doloroso reduz o medo e a ansiedade por parte da criança, promovendo uma gestão diferenciada da dor, responsabilizando o EEESCJ por fazer a diferença nos cuidados de enfermagem através de atitudes e mudanças de comportamento, proporcionando conforto e bem-estar.

Conclusão – O que mais poderia ter feito?

Para responder a esta questão a reflexão é sem dúvida crucial. Será que agi corretamente? Ou poderia ter feito algo mais enquanto profissional de saúde?

Perante aquela situação era evidente que o pai precisa de ajuda e de um envolvimento diferente em toda a situação de cuidados?

Cuidar em pediatria baseia-se numa filosofia muito própria, que privilegia a prestação de cuidados atraumáticos, em parceria e centrada na família. Estes cuidados são aqueles que são prestados através de intervenções que eliminam, ou pelo menos diminuem o desconforto da criança/família, sendo que o principal objetivo é não causar dano (Hockenberry & Wilson, 2014).

Disponibilizar informação antecipatória aos pais permite encontrar as soluções que consideram mais adequadas para o seu filho. No entanto é essencial dar tempo à família para que esta se possa envolver nos cuidados de enfermagem e até experimentar novas alternativas de apoio à criança durante um procedimento invasivo. Assim, o enfermeiro deve reduzir os efeitos negativos e potencializar os aspectos mais enriquecedores. Desta forma o momento de realização de um procedimento doloroso pode mesmo constituir uma situação de aprendizagem e desenvolvimento de uma relação de confiança com a equipa de saúde e de uma relação mais próxima dos pais.

As ENF utilizadas no controlo e alívio da dor da criança e jovem são melhor sucedidas quando integram o envolvimento parental, o que promove a prestação de cuidados não traumáticos, pilar integrante dos cuidados de enfermagem em Pediatria.

No final do procedimento, mostrou-se ser benéfico a oferta de uma recompensa de bom comportamento (medalha), que a criança guardou com felicidade e que demonstra a superação de uma situação difícil geradora de dor e ansiedade.

Constato que centrei a minha atenção na M. e que o envolvimento do pai em toda a situação poderia ter sido trabalhado de uma forma diferente, com vista à sua participação nos cuidados como um factor facilitador do sucesso da intervenção.

A consciencialização de situações de cuidados que requerem atuação ao nível das emoções torna-se por vezes difícil, pondo à prova as nossas capacidades como pessoa e profissional. Mas mesmo que a situação implique gerir sentimentos de angústia e preocupação, tem que ser gerida da melhor forma para evitar sofrimento à criança e família.

A área de intervenção do EEESJ ultrapassa em muito a simples execução do procedimento, a relação que se estabelece com a família é fonte de conhecimento essencial à boa prática de cuidados individualizados e holísticos.

Planear a ação – Se isto surgisse de novo o que faria?

Em momentos semelhantes, futuramente, penso que será pertinente e útil para a criança mostrar os diversos materiais que iam estar em contacto com ela, deixá-la tocar e até esclarecer potenciais dúvidas. Frases simples e com uma linguagem adequada à idade, como por exemplo: “Vamos por um pulseira no braço que aperta um bocadinho, vais sentir como se fosse um “beliscão” e depois passa logo, podes contar até 10 e quando terminares, já passou!” são frases que perante a dificuldade de fazer compreender o que vai ocorrer, o enfermeiro poderá usar simultaneamente com outras ENF apropriadas à faixa etária da criança pré-escolar como a brincadeira, os jogos ou a imaginação guiada (Batalha, 2010).

Em síntese, cuidar da criança, jovem e família é zelar pelo seu bem-estar, envolvendo a família no processo de cuidados. É da competência do EEESIP planear os cuidados em parceria com a família estabelecendo acima de tudo uma relação de ajuda, terapêutica e de proximidade. Com base no domínio das competências do enfermeiro especialista é possível capacitar a criança, jovem e família para a rentabilização dos seus recursos pessoais, estabelecendo com ambos uma parceria nos cuidados, promotora da parentalidade e do bem-estar da criança/jovem, através da negociação da família em todo o processo de cuidar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi editores.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.G.Paixão, Coord.) (9ª ed.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Jacob (2014). *Apreciação e Gestão da Dor na Criança*. In J. M. Hockenberry & D. Wilson. (2014). *Wong, enfermagem da criança e do adolescente*. (Paixão, M. J. G., Coord.) (9ªed.) (Vol I). (pp. 188-239). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011).
- Molina, R. C. M.; Marcon, S.S. (2009). Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev Esc Enferm USP*, 43 (4),856-64.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica –Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ygge, B. & Arnetz, J. E, (2004). A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice. *Journal of Pediatric Nursing*. 19, 217-223.

APÊNDICE V

Questionário aplicado à equipa de enfermagem em contexto de Internamento



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Questionário aplicado à equipa de enfermagem em
contexto de Internamento**

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

NOTA INTRODUTÓRIA

A elaboração do seguinte questionário surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio com Relatório do 8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, durante o estágio no serviço de Internamento. Tem como objetivo identificar as principais preocupações da equipa de enfermagem em relação ao uso e mobilização das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor, identificar as situações mais frequentes tais estratégias são aplicadas e a importância atribuída ao envolvimento parental durante uma situação de dor ou geradora de stress/desconforto. O presente questionário foi realizado com base nas experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo.

Questionário sobre a importância da utilização de estratégias não farmacológicas no alívio e
controlo da dor aguda

Este questionário surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da ESEL da formanda Paula Sequeira, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, cujo tema é “**Promoção do conforto da criança, jovem e família: Intervenções de Enfermagem na gestão diferenciada da dor aguda**”.

Trata-se de um questionário anónimo e de preenchimento voluntário, cujo principal objectivo consiste em identificar as preocupações da equipa de enfermagem, relativamente à utilização das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda durante a sua prática de cuidados.

Neste sentido, solicito a sua colaboração, sendo os dados por si fornecidos utilizados somente para o propósito deste trabalho.

Atenciosamente
Paula Sequeira

Género: Masculino ☐ Feminino ☐ Idade: _____

Experiência profissional: _____

Experiência na área de Pediatria: _____

Formação académica: _____

I - Formação e experiência na avaliação da dor e aplicação das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor da criança/jovem.

- Tem formação específica sobre a avaliação da dor e aplicação das mesmas no controlo e alívio da dor da criança/jovem?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu sim, onde a realizou a formação?

Na Instituição ☐ Fora da Instituição ☐ Na formação inicial ☐

Na formação especializada ☐ No Serviço ☐

- Na sua prática profissional aplica as estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor? Se sim, por favor, especifique em que situações as utiliza mais frequentemente?

Sim ☐ Algumas vezes ☐

Não ☐

Em que situações utiliza as estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor de forma mais frequente? _____

- Pela sua experiência profissional, em que faixa etária, o uso e aplicação de estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor, se tornam mais difíceis de aplicar?

RN ☐ Lactente ☐ Pré-escolar ☐

Escolar ☐ Adolescente ☐

II – Importância do envolvimento dos pais durante uma situação de dor ou geradora de stress/desconforto.

- Na sua opinião, a presença e o envolvimento dos pais durante uma situação de dor ou geradora de stress/desconforto, é promotor de uma intervenção de enfermagem bem sucedida?

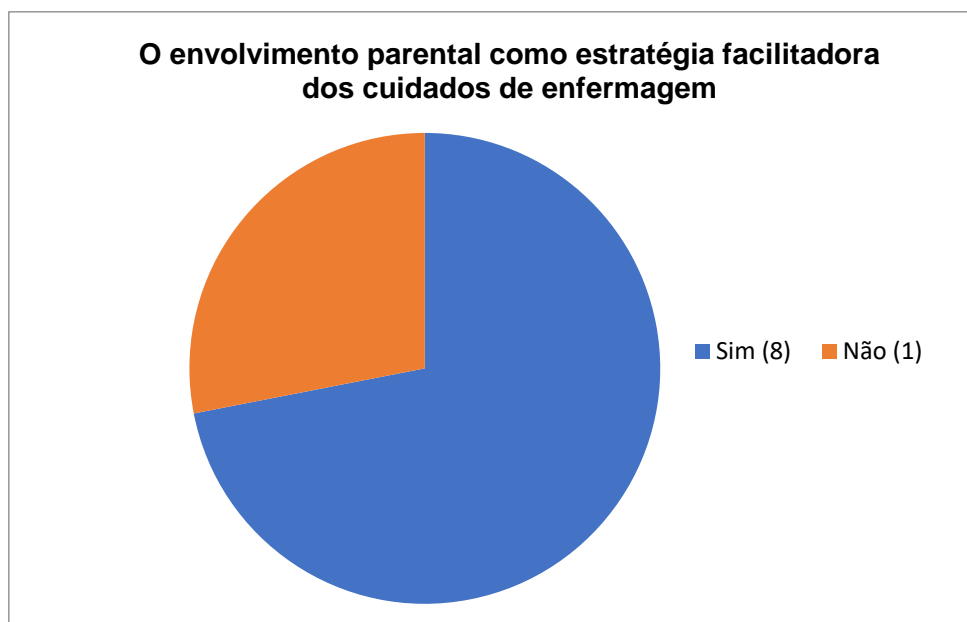
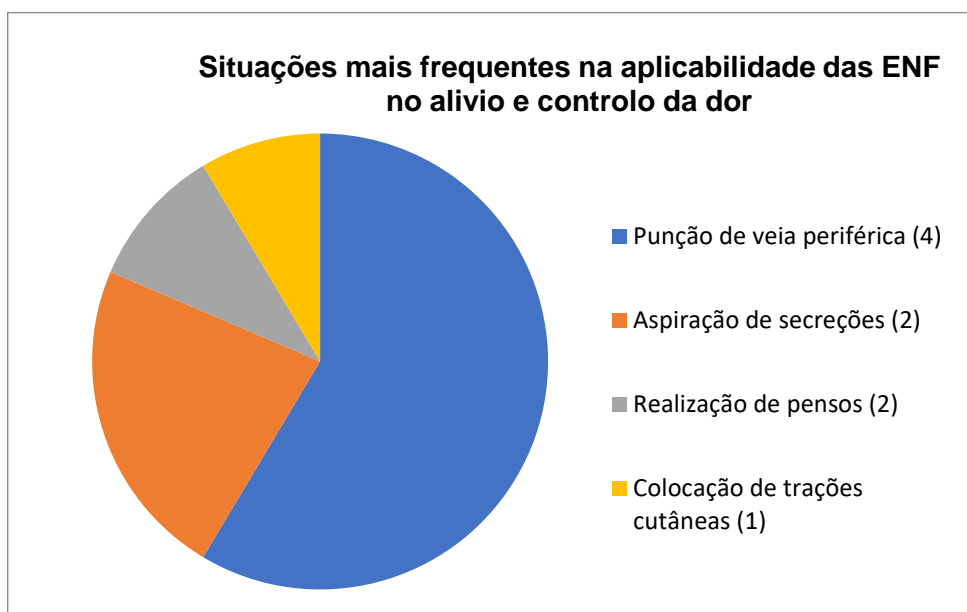
Sim ☐ Não ☐ Porquê? _____

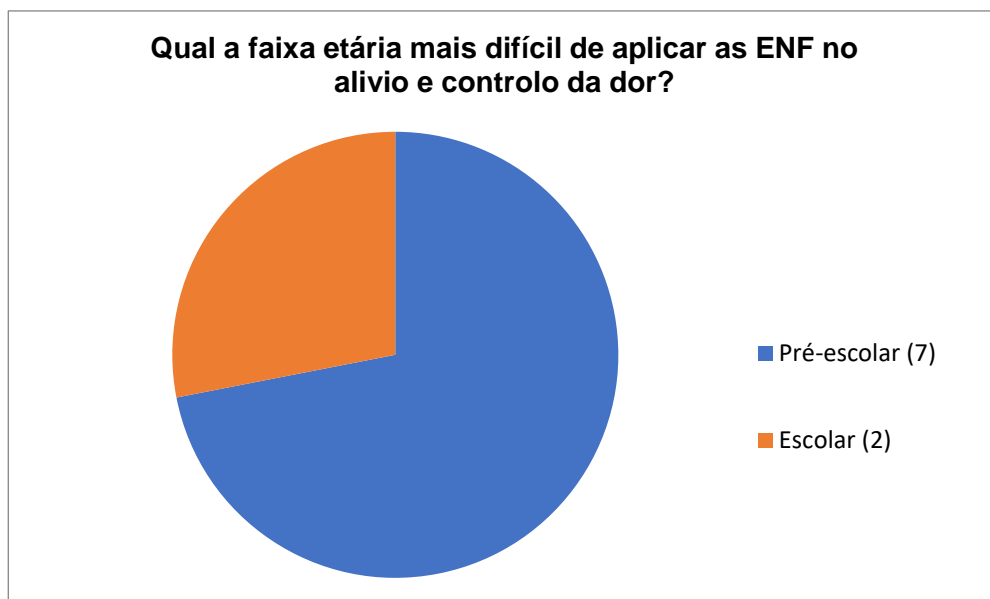
Se sim, considera que seria pertinente a existência de um documento dirigido aos pais, no sentido de facilitar/promover o seu envolvimento na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem?

Sim ☐ Não ☐

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Resultados obtidos do questionário aplicado a 9 enfermeiros do serviço de Internamento





Conclusões:

O questionário foi aplicado a 9 enfermeiros do referido serviço e constatou-se que a faixa etária mais difícil de aplicar as estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor é a idade pré-escolar (respondido por 7 enfermeiros), maioritariamente em situações de punção venosa periférica (respondido por 4 enfermeiros), e para a maioria dos enfermeiros o envolvimento parental durante a prestação de cuidados de enfermagem é uma estratégia facilitadora numa situação de dor ou geradora de stress/desconforto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste questionário tornou-se um contributo fundamental para a identificação das necessidades da equipa de enfermagem, quanto à mobilização das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor e à importância dada pela mesma quanto ao envolvimento parental em situação de dor ou desconforto da criança e jovem.

Foi gratificante ver o envolvimento da equipa no preenchimento do questionário elaborado como diagnóstico da situação, e a consciencialização da equipa para a problemática estudada, nomeadamente na mudança de comportamentos com vista à promoção do conforto da criança/jovem e família, na gestão diferenciada da dor aguda.

A presente atividade permitiu-me também utilizar o questionário, com o intuito de promover a auto e heteroreflexão sobre as práticas de cuidados naquele contexto de estágio. Espero ter conseguido incitar a reflexão sobre as práticas, no sentido de atenuar as experiências potencialmente dolorosas vividas durante a hospitalização. A atividade tornou-se essencial para a aquisição de algumas das competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade: B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria, e no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.

APÊNDICE VI

**Folheto informativo: “Como ajudar o seu filho a lidar com a dor
na idade pré-escolar 4-6anos”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Folheto informativo: “Como ajudar o seu filho a lidar com a
dor na idade pré-escolar 4-6anos”**

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Outubro 2017

NOTA INTRODUTÓRIA

A realização do presente folheto surge em parte da continuidade dos resultados obtidos pelos questionários anteriormente implementados, como de forma a colmatar uma necessidade do serviço, uma vez que não existia este recurso no contexto de internamento. Tem como objetivo dar ênfase à **parceria de cuidados** que se assume como uma filosofia de enfermagem pediátrica, que reconhece e valoriza a importância da família no cuidar da criança hospitalizada, devendo o enfermeiro centrar a sua intervenção também, nas necessidades da família (Mano, 2002). Portanto, a família torna-se ativa e interventiva no processo de cuidar do seu filho, tendo como princípio basilar o modelo de Cuidados Centrados na Família (Vaz, Alves, & Ramos 2016). Os cuidados centrados na família proporcionam a diminuição dos efeitos negativos associados à hospitalização, garantindo a otimização do conforto e do apoio à criança, jovem e sua família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante a sua permanência no hospital, as crianças são submetidas a múltiplos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que provocam dor. Dependendo da capacidade de compreensão e colaboração da criança/jovem, os procedimentos dolorosos podem ser difíceis e demorados, o que aumenta o sentimento de ansiedade, angústia e dor tanto para a criança/jovem como para a família. Corroborando Barros (2010), a não utilização de estratégias eficazes para o alívio e controlo da dor durante procedimentos invasivos, expõe a criança/jovem a sofrimento desnecessário e consequências significativas. O stress e a ansiedade da criança/jovem e família tornam muitas vezes a execução dos procedimentos dolorosos ainda mais complexos (Maccarthy & Kleiber, 2006), pelo que a intervenção direcionada à família tem o objetivo de reforçar os comportamentos mais colaborantes durante o procedimento e identificar, de forma não culpabilizante, as atitudes menos adequadas, de forma a diminuir o sofrimento da criança (Barros, 2003). De facto, a parceria de cuidados é aceite atualmente como sendo ideal para estruturar as intervenções de enfermagem com pais e crianças em ambiente hospitalar, sendo compreensível a imprescindibilidade de promover o seu envolvimento e participação nos cuidados, de forma a potenciar a qualidade dos mesmos.

SABIA QUE.....

A dor é um sintoma subietivo....

As medidas utilizadas pelos pais no controlo da dor da criança são um recurso importante para a sua prevenção e alívio

Os pais podem participar e colaborar na aplicação destas medidas com o enfermeiro/a, promovendo o conforto e bem-estar físico e emocional do seu filho/a



A PRESENÇA DOS PAIS DURANTE PROCEDIMENTOS PERMITE:

- Transmitir sentimentos de segurança e de calma à criança;
- Favorecer o sentimento de controlo da situação que está a viver;
- Promover a confiança da criança na equipa de enfermagem e a participação na tomada de decisões;
- Diminuir a ansiedade e o stress da criança e dos pais;
- Diminuir os comportamentos negativos

Centro Hospitalar

Serviço de Pediatria

Telefone:

Elaborado por:

Paula Sequeira
8º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em
Enfermagem: Área de Especialização em ESIP



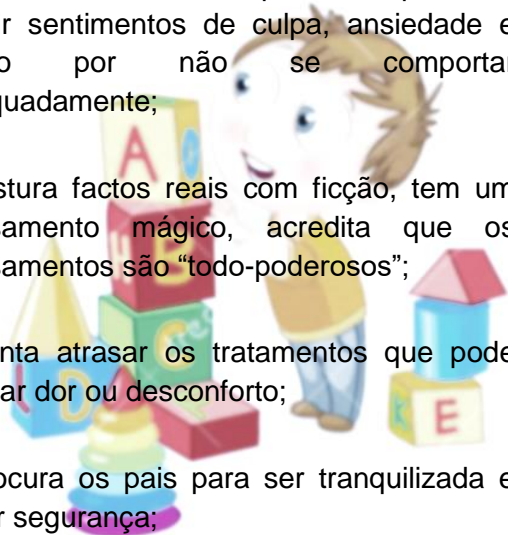
Logótipo da instituição

Como ajudar o seu filho a lidar com a dor na idade Pré-escolar 4-6 Anos

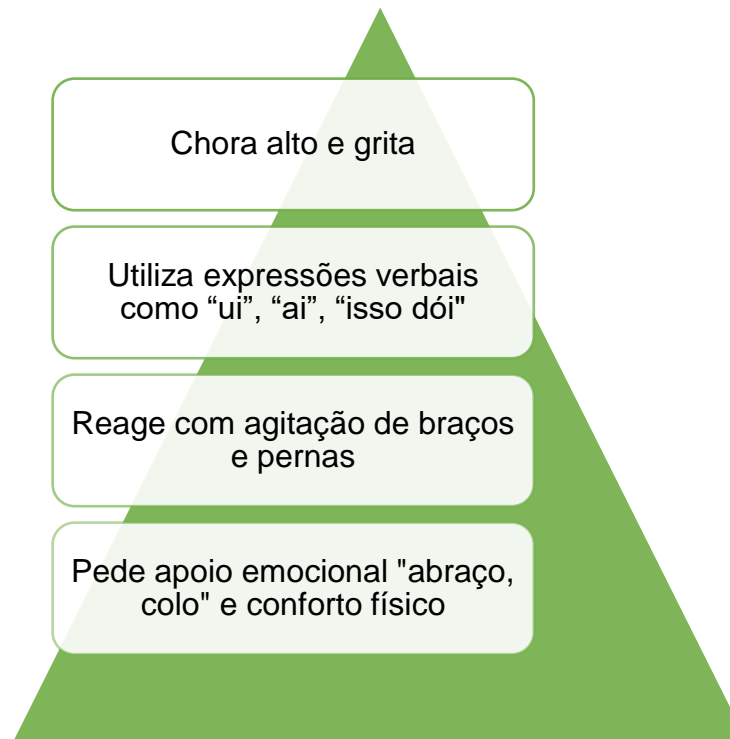


A CRIANÇA NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

- Usa a linguagem para exprimir a dor;
- Acredita na dor como um castigo por algo de errado que fizeram;
- Está consciente de quais os comportamentos adequados, podendo surgir sentimentos de culpa, ansiedade e medo por não se comportar adequadamente;
- Mistura factos reais com ficção, tem um pensamento mágico, acredita que os pensamentos são "todo-poderosos";
- Tenta atrasar os tratamentos que pode causar dor ou desconforto;
- Procura os pais para ser tranquilizada e obter segurança;
- Tende a culpar alguém pela dor que sente;
- Teme a ferida corporal, sente medo de agulhas.



REACÇÕES DA CRIANÇA À DOR



COMO AJUDAR O SEU FILHO A LIDAR COM A DOR DURANTE UM PROCEDIMENTO POTENCIALMENTE DOLOROSO

- Utilize a técnica de distração através da leitura de histórias, teatro com as mãos ou ouvir uma música familiar;
- Focalize a atenção do seu filho/a no seu brinquedo favorito;
- Promova a realização de desenhos ou pinturas;
- Não deve fazer ameaças com "picas";
- Tente não expressar sentimentos de ansiedade perante o seu filho/a;
- Pode praticar medidas de relaxamento, tais como: falar calmamente em voz baixa, dar um abraço, usar a massagem ou a música.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspetiva desenvolvimentista*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306. Lisboa.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.G.Paixão, Coord.) (9^a ed.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Mano, M. J (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Revista de Enfermagem Referencia*, (8), 53-61.
- Mccarthy, A., & Kleiber, C. (2006). A Conceptual Model of Factors Influencing Children's Responses to a Painful Procedure When Parents are Distraction Coaches. *Journal of Pediatric Nursing*. 21 (2). 88-98.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Vaz, J., Alves, R., & Ramos, V. (2016). Vantagens da presença da família numa reanimação pediátrica ou em procedimentos dolorosos. *Enfermeria Global*, 41 (387-398).

APÊNDICE VII

**Jornal de Aprendizagem: “A amamentação como estratégia não
farmacológica no alívio e controlo da dor”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

**“A amamentação como estratégia não farmacológica no alívio
e controlo da dor”**

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente jornal de aprendizagem tem como finalidade a reflexão de um episódio ocorrido durante o estágio no contexto de cuidados de saúde primários, num momento de prestação de cuidados de enfermagem.

A situação de prestação de cuidados de enfermagem é realização do Rastreio de Doenças Metabólicas a um RN no seu 4º dia de vida, na presença da mãe e dos avós de etnia chinesa.

De seguida descrevo a situação e analiso a ação, procurando apreender o essencial que me possa ajudar a estruturar no futuro atitudes e intervenções perante situações semelhantes. Realizo uma reflexão sistematizada de acordo com o processo reflexivo do Ciclo de Gibbs, em 6 etapas.

1. Descrição da situação – O que aconteceu?

Durante o estágio no contexto de cuidados de saúde primários presenciei a consulta de enfermagem de Rastreio de Doenças Metabólicas realizado a um Recém-Nascido (RN) no seu 4º dia de vida, por uma enfermeira generalista. Era uma mãe jovem, com 20 anos de idade, de etnia chinesa que vinha na companhia dos pais. A consulta foi realizada por uma enfermeira generalista, na companhia dos avós maternos. Era a primeira vez que eu assistia a uma consulta de rastreio de Doenças Metabólicas ao RN. Comecei por me apresentar à mãe e aos avós, com uma postura calma e tranquila e uma linguagem simples, pois percebi logo de início que a mãe do RN dominava pouco a língua portuguesa, assim como os avós maternos que apenas se dirigiram à filha, falando na sua língua de origem. No decorrer da consulta, foi referido pela mãe, que o agregado familiar do RN era composto pela mesma e pelos avós maternos. No início da consulta a mãe conseguiu verbalizar em poucas e simples palavras, como sentia dificuldade no processo de amamentar, não só pelo desconforto e cansaço sentidos, como também pela dificuldade em gerir horários e as posições mais adequadas para amamentar. Durante o momento de punção do calcanhar, a enfermeira pediu à mãe para segurar o RN ao seu colo, aninhado na sua manta, questionando-a acerca do uso da chupeta, pois é uma estratégia não farmacológica no alívio da dor, habitualmente realizada nestas consultas. A mãe referiu que o RN não usava chupeta, mas também ainda não tinha experimentado por ele ser ainda muito pequeno. A minha intervenção centrou-se no posicionamento e conforto do RN, com promoção da posição fetal, aninhando-o no colo da mãe e na sugestão da amamentação durante o procedimento, como ENF no alívio e controlo da dor, que foi bem aceite pela mãe. No momento de punção do calcanhar, o RN manifestou desconforto através de reações comportamentais como o choro e irritabilidade.

No final do procedimento, a enfermeira informou a mãe da data da próxima consulta, despedindo-se de uma forma afetuosa.

2. Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

A minha inquietude perante esta situação, resulta do facto de o alívio e controlo da dor dever ser uma prioridade para todos os profissionais de saúde, especialmente aqueles que trabalham diariamente com crianças e jovens. Ao observar a não utilização de determinadas ENF no alívio e controlo da dor do RN, durante o rastreio de Doenças Metabólicas, fez-me

sentir constrangida e angustiada na medida em que, sendo crescente a valorização da dor do RN, e reconhecendo-se que ele aprende, desde cedo, o sentido da dor e existem inúmeras ENF que podem ser realizadas tanto pelos pais como pelos profissionais de saúde, muito mais poderia ter sido feito de forma determinante para o alívio e controlo da dor face aquela experiência. Para além disso, foi notório, as dúvidas da mãe acerca das questões da amamentação, que poderiam ser exploradas e valorizadas no sentido de uma prestação de cuidados individualizada e humanizada.

3. Avaliação - O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência teve mais aspectos positivos que negativos no meu percurso formativo, pois proporcionou mais um momento de aprendizagem importante.

Foi positivo observar a intervenção da enfermeira no uso e mobilidade de algumas ENF no alívio e controlo da dor durante o procedimento e a promoção do conforto físico pela colocação da manta do RN sobre o mesmo.

O aspeto negativo prende-se com a mobilização de outras ENF, que poderiam ser eficazes durante o procedimento e a barreira linguística constituir um travão no estabelecimento de uma relação de proximidade, terapêutica, perdendo-se uma oportunidade de promover a parentalidade.

4. Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?

A dor no RN é uma realidade e, especificamente no momento de realização do Rastreio de Doenças Metabólicas, Margotto & Rodrigues (2004) e Batalha (2010) referem que a punção do calcanhar é efetivamente um procedimento doloroso, sendo imprescindível a utilização de ENF de forma a minimizar a dor. Por sua vez, a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, art.º 5, 2008), menciona que “ (...) *as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzida ao mínimo*”.

Na situação descrita anteriormente, a minha intervenção durante a realização do procedimento e com o objetivo de minimizar a dor do RN, centrou-se em sugerir a amamentação como uma ENF de alívio da dor, na medida em que esta prática tem sido estudada e validada com sendo uma ENF efetiva na diminuição da dor no RN submetido a procedimentos potencialmente dolorosos. Neste âmbito, um estudo realizado por Carbajal, Veerapen, Couderc, Jugie & Ville (2003) e noutro idêntico de Leite, Castral & Scochi, (2006), os autores concluíram que, decorrente da colheita de sangue para a realização do Rastreio de

Doenças Metabólicas, a prática de amamentação é eficaz na diminuição da resposta do RN à dor, pois os resultados mostraram uma diminuição significativa das reações fisiológicas e comportamentais dos RN do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas pertencentes do grupo controlo. No estudo de Leite, Castral & Scochi (2006), também é salientado que a amamentação sendo uma intervenção natural, sem custos adicionais, tem particular interesse por poder ser facilmente aplicada em diversas situações de dor aguda e pelo facto de as mães terem acesso fácil e livre a uma das estratégias de alívio e controlo da dor do RN. Além das vantagens imunológicas, nutritivas, sociais e psicológicas inerentes à prática de amamentar. Desta forma a promoção do aleitamento materno torna-se uma estratégia efetiva no alívio e controlo da dor do RN submetido a procedimentos dolorosos.

O alívio é um estado em que uma necessidade de conforto foi satisfeita e é definido segundo Kolcaba e DiMarco (2005, p.188) como um “estado de ter um desconforto abrandado ou aliviado”. Com a colocação do RN à mama durante a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas, o mesmo atinge este estado de conforto, aliviando assim o desconforto da picada do calcanhar.

Desta forma, tanto a avaliação da dor, como o seu controlo e alívio se impõem como normas de boa prática para a prestação de cuidados de qualidade e essencialmente o EEESCI deve “aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.” (OE, 2010, p.4). Nesta situação como não podemos evitar o desconforto sentido pelo ato de picar o calcanhar, poderia ser sugerido à mãe do RN outras ENF no alívio e controlo da dor que podem ser implementadas para superar esse desconforto, nomeadamente o embalo, as caricias e o falar em voz baixa.

A administração de sacarose 24% também seria uma intervenção pertinente e eficaz. Consiste num método seguro, fácil e rápido de administrar, económico e eficiente na minimização da dor durante procedimentos dolorosos, tanto no RN como no lactente (Gaspardo, Linhares & Martinez, 2005). Questionei a Enf.^a quanto à possibilidade de administrar sacarose 24% durante este procedimento, com o intuito de a sensibilizar para esta prática. No entanto, foi referido que a sacarose 24% não fazia parte do stock de medicação do centro de saúde.

Segundo Burchum (2002) citado por Gro & Leite (2016) o conceito de cultura é definido como uma visão do mundo exterior ou paradigma que é aprendido e partilhado por uma população ou grupo, sendo este paradigma transmitido socialmente, influenciando os valores,

crenças, hábitos e comportamentos da população, expressando-se na linguagem, no vestuário, na alimentação e até nas instituições sociais de um grupo. Nesta situação específica é essencial que o enfermeiro reconheça e valorize as diferenças culturais na área da saúde relativamente aos valores, às crenças e aos costumes da mãe do RN, de modo a poder oferecer um ensino mais focalizado na gestão diferenciada da dor aquando procedimento dolorosos. Torna-se fulcral que o EEESCJ esteja cada vez mais capacitado e desperto para a diversidade cultural, os seus tabus, crenças, ansiedades, concepções familiares e sociais, de forma a promover técnicas de uma comunicação eficaz e um relacionamento terapêutico no respeito pelas crenças de cada família.

5. Conclusão – Que mais poderia ter feito?

As barreiras linguísticas podem conduzir a défices de conhecimentos e entendimento tanto para os enfermeiros como para os seus utentes, e assim provocar uma dificuldade em estabelecer uma relação de ajuda e terapêutica. Para a mãe do RN a dificuldade na comunicação pode originar ansiedade, desconfiança, e até medo de não ser compreendida, devendo o EEESCJ procurar soluções criativas para os problemas, centrando neste caso a sua intervenção em técnicas de comunicação eficazes e culturalmente sensíveis, no estabelecimento de uma relação de parceria, promotora da parentalidade.

Sendo a dor uma experiência individual influenciada por factores pessoais, culturais e sociais, assim como expectativas e estados emocionais, exige dos enfermeiros uma intervenção complexa capaz de envolver todos estes componentes, contribuindo para a garantia de cuidados humanizados.

6. Planear a ação – Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Planear um procedimento com a criança e com a família, explicar a sua importância e solicitar a opinião e colaboração de todos os intervenientes promove um ambiente de respeito mútuo, o que pode resultar numa maior colaboração da família durante o procedimento (Schechter et al, 2003). Desta forma, conduzir a consulta de enfermagem de Rastreio Doenças Metabólicas, de forma a reconhecer as fragilidades dos pais, como as suas potencialidades é o caminho para que dentro da sua individualidade, encontrem os recursos necessários e as estratégias para assumir o seu novo papel de pais. Também transmitir sobre o que é esperado

dos pais num futuro próximo, por exemplo em termos de vigilância em saúde, é conferir aos pais o controlo da situação, reconhecendo as suas capacidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, III (2), 73-80.
- Carbajal, R., Veerapen, S., Couderc, S., Jugie, M., & Ville, Y. (2003). Analgesic effect of breastfeeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ*, 326, 1-5.
- Gro, M. A., & Leite, A. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica, *Pensar Enfermagem*, 20(2), 72-88.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). Carta da Criança Hospitalizada. 4ª Ed. Lisboa: Grupo Medinfar.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing, *Pediatric Nursing*, 31,(3), 187-194.
- Leite, A. M., Castral, T. C., & Scochi, C. G. S. (2006). Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (4), 538-542. Acedido em www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf a 02 de Novembro de 2017.
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura, *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435-42.
- Margotto, P. R., & Rodrigues, D. N. (2004). Dor Neonatal: Analgesia/Sedação. In *Assistência ao Recém-Nascido de Risco*, Editado por Paulo R. Margotto, (2ª ed.) Acedido em [http://www. Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc](http://www.Paulomargotto.com.br/documentos/35.doc) a 14 de Novembro de 2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Schechter, N. et al. (2007). Pain Reduction during Pediatric Immunizations: Evidence - Based Review and Recommendations. *Pediatrics*. 119 (5), 1184-1198.

APÊNDICE VIII

Póster

Cuidados não traumáticos na vacinação



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Póster

Cuidados não traumáticos na vacinação

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

NOTA INTRODUTÓRIA

O momento de vacinação da criança e do jovem constitui um fator de stress para todos os intervenientes – criança/jovem, família e profissional de saúde, podendo acarretar perturbações de comportamento a diferentes níveis: físico, emocional e comportamental. Desta forma, torna-se evidente a importância da atuação do EEESIP que é evidenciado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que reconhece e mobiliza recursos, oportunamente, para cuidar da criança, jovem e família em situações de particular exigência, tais como, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas (E2.2).

Cuidados não traumáticos na vacinação

Os **cuidados não traumáticos** dizem respeito à prestação de cuidados terapêuticos, através de intervenções que **eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico** experimentado pela criança ou jovem. Têm com objetivo **atenuar a lesão corporal** e promover o controlo da criança ou do jovem, de forma a **reduzir a sua ansiedade e medo**, principalmente durante um procedimento invasivo.

- Amamentar durante a vacinação
- Utilizar a sucção não nutritiva
- Promover o contato pele a pele com a mãe e/ou pai (método canguru)
- Diminuir os estímulos ambientais tal como a luz e o ruído
- Abraçar o bebé enrolado na sua manta



- Explicar o procedimento à criança com uma linguagem simples para o seu estágio de desenvolvimento
- Dar oportunidade à criança para expor as suas dúvidas e receios
- Utilizar a distração ativa desviando a atenção da criança do procedimento (bolas de sabão, brinquedos com cores vivas e sons)
- Posicionar a criança sentada ao colo e abraçada à mãe e/ou pai



- Dar oportunidade à criança de fazer algumas escolhas (p.exemplo: se prefere ficar sentado ou deitado)
- Utilizar estratégias como a imaginação guiada, a brincadeira lúdica, respiração relaxante ou a musicoterapia
- Afirmar que o procedimento não é uma forma de punição
- Fazer o reforço positivo/elogio



- Fornecer o máximo de informação antecipatória sobre o procedimento e como poderá colaborar.
- Dar oportunidade ao adolescente de fazer algumas escolhas (p.exemplo: sobre a presença de familiares)
- Utilizar estratégias de distração (acerca de filmes, jogos, música ou programas de televisão)



Elaborado por:



Paula Sequeira
8º Curso de Pós-Licenciatura e
Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização em ESIP

Bibliografia:

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel. **Direção-Geral da Saúde** (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação nº14/2010 da DGS, de 14/12/2010. Lisboa: DGS. **Hockenberry, M. & Wilson, W.** (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição). Loures: Lusociência. **Tavares, P.** (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência

APÊNDICE IX

**Grelha de observação e registo das ENF mobilizadas para alívio e controlo da dor
aquando procedimentos dolorosos**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Grelha de observação e registo das ENF mobilizadas para alívio e controlo
da dor aquando procedimentos dolorosos**

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

**Grelha de observação e registo das ENF mobilizadas para alívio e controlo da dor
aquando procedimentos dolorosos**

Procedimentos potencialmente dolorosos ou geradores de stress	ENF mobilizadas pelos enfermeiros	Reações fisiológicas e comportamentais do RN face a procedimentos dolorosos.
Aspiração de secreções		
Posicionamento /manipulação/troca de fralda	Técnica de conforto (embalar, acariciar, envolver, amamentar) Posicionamento Sucção não nutritiva	
Punção do calcanhar	Amamentação ou sucção não nutritiva com sacarose/leite materno Contenção Método canguru	
Colheita de sangue para análises / Punção de veia periférica	Administração de sacarose antes, durante e após o procedimento Sucção não nutritiva Amamentação ou técnica de canguru após o procedimento Posicionamento	
Colocação de SNG ou orogástrica		
Colocação de cateter venoso ou arterial umbilical		
Rastreio de doença metabólicas	Administração de Sacarose Sucção não nutritiva Técnicas de conforto e bem-estar Oportunidade da presença dos pais	

APÊNDICE X

Síntese reflexiva: “Cuidar de um RN prematuro”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Síntese reflexiva: “Cuidar de um RN prematuro”

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2017

Cuidar de um RN prematuro

A situação de prematuridade do recém-nascido implica a necessidade crescente de cuidados especializados, indispensáveis à sua sobrevivência, constituindo cada vez mais um desafio às equipas da UCIN. É da responsabilidade da equipa multidisciplinar da UCIN assegurar a qualidade de vida e sobrevivência do RN prematuro, contemplando a família/pais como o foco da sua atenção, pelas necessidades afetadas no processo de adaptação à parentalidade, decorrente da chegada do RN prematuro.

Para os pais, o nascimento precoce e a hospitalização do seu filho são geradores de emocionalidade intensa, na qual o bebé idealizado não corresponde ao bebé real, pelo que, pode considerar-se também estes pais como prematuros, uma vez que se sentem perdidos e incompletos, estando o medo de perder o filho, presente de forma bastante significativa (Camarneiro, Alves, Ferreira & Gomes, 2009). A separação física e emocional subjacente à situação de prematuridade e internamento, podem representar um obstáculo à vinculação, entendida como sendo um processo recíproco, e definida como “(...) comportamentos que indicam a formação de laços afetivos entre o recém-nascido e a família (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.247). Estas situações são acontecimentos inesperados para os pais, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade, com crise de identidade do papel parental (OE, 2015). Acresce o desconhecimento dos pais perante esta realidade nova, inesperada e assustadora, comprometendo também o processo de parentalidade. Conhecedor destas condicionantes, o enfermeiro desempenha uma intervenção essencial na preparação e reestruturação da dinâmica familiar, através de práticas com intencionalidade terapêutica, baseados na premissa de que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos (OE, 2015). Segundo a mesma entidade, o enfermeiro deve conseguir avaliar a capacidade dos pais se envolverem, ou seja, adaptar o exercício da sua parentalidade à nova situação familiar (OE, 2015).

O RN que nasce prematuramente é sujeito a um ambiente hostil pela tecnologia avançada, pela agressividade de técnicas e procedimentos a que é submetido e pela privação afetiva a que é sujeito, mas necessário e imprescindível à sua sobrevivência. O mesmo não consegue reagir aos estímulos proporcionados pelo meio ambiente, podendo estes atuarem como *stressores* levando a consequências negativas na sua organização, porque ocorrem durante os períodos de desenvolvimento (Altimier & Philips, 2013). Desta forma, o ambiente envolvente assume uma importância acrescida no desenvolvimento do RN e a sua prematuridade leva a um cuidado atento por parte da equipa de enfermagem, com especial

enfoque na gestão dos estímulos externos provocados na UCIN. A equipa de enfermagem planeia os cuidados em coordenação, com conhecimento acerca do desenvolvimento do RN e do impacto dos estímulos externos, como a diminuição do ruído e a redução da luminosidade, planeando os cuidados de acordo com o comportamento (expressão facial, agitação corporal, qualidade do sono,...) e as alterações fisiológicas observadas, de forma a manter o RN hemodinamicamente estável e organizado, evitando momentos stressantes e desorganizados. Durante a prestação de cuidados ao RN tive a preocupação de intervir no ambiente, eliminando a produção de ruídos desnecessários como conversas num tom alto, telemóveis, a manipulação cuidadosa do material, particularmente no abrir e fechar das portas da incubadora e no fechar gavetas, não arrastar cadeiras, cobrir as incubadoras com mantas para reduzir o impacto da luminosidade, entre outras ações.

O planeamento dos cuidados ao RN prematuro é orientado pelas reais necessidades do deste e não de forma rotineira. A equipa multidisciplinar conhece o plano de cuidados, havendo a preocupação de concentrar as manipulações, agrupando os cuidados a realizar. Desta forma, os cuidados de enfermagem são prestados em períodos limitados, privilegiando os estados de alerta e repouso do RN, reduzindo o número e a duração das manipulações, respeitando os ciclos de sono do mesmo. Segundo Santos (2011), após cada procedimento deve ser proporcionado ao RN um período mínimo de 60 minutos de tranquilidade, sem que este seja manuseado ou estimulado. Estas informações eram transmitidas aos pais, de forma a reforçar a importância da coordenação dos cuidados com os profissionais de saúde.

Ao longo do estágio foi importante este abarcar de conhecimentos e sempre que havia necessidade de um procedimento a um RN, juntamente com a Enf.^a orientadora, reunia as condições ambientais favoráveis, planeando meticulosamente o procedimento e prevendo todo o material que iria precisar de forma a evitar interrupções durante o procedimento e evitar que este fosse prolongado. Com o intuito de promover o desenvolvimento do RN e a interação com os pais, estes eram incentivados a tocar e a falar com o seu bebé, sempre que possível e no respeito pela sua vontade.

Estas medidas fazem parte do Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP[®]), sendo esta a filosofia que caracteriza o contexto de neonatologia. Este programa foi criado na tentativa de reduzir o impacto negativo do ambiente da UCIN no RN prematuro fora do útero materno. Santos (2011) refere que a observação detalhada do comportamento do RN aparenta ser o melhor guia para os profissionais promoverem de forma continua os cuidados individualizados adaptados ao desenvolvimento do RN, reduzindo as complicações iatrogénicas relacionadas como ambiente

envolvente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde.

O NIDCAP[®] pretende ser uma filosofia de cuidados nas UCIN, que envolve além de mudanças físicas, mudanças de comportamentos por parte da equipa multidisciplinar. O ambiente tradicional de uma UCIN representa para a maioria dos RN a completa separação dos pais e simultaneamente a frequente experiência de procedimentos invasivos e dolorosos (Santos, 2011). Cientes do impacto da separação dos pais na estrutura familiar, na rotura precoce do vínculo pais/RN e na adaptação ao papel parental, os pais foram, ao longo do estágio, envolvidos em todo o processos de cuidar do seu filho. O acolhimento à família foi realizado de forma calorosa, de forma a reduzir a sua ansiedade e iniciar uma relação terapêutica assente na confiança mútua. Assegurar que os pais são os principais cuidadores da criança e que são os primeiros a providenciar carinho e atenção são factores fundamentais para o desenvolvimento futuro do RN (Santos, 2011) e consequentemente para a promoção da vinculação e adaptação ao papel parental. Na relação estabelecida com os pais demonstrámos disponibilidade para os escutar ativamente, permitindo a expressão de sentimentos e emoções, que muitas vezes eram de desespero e impotência. Desta forma, os pais são integrados na equipa de cuidados, constituindo-se parceiros desde o primeiro contacto. Foi uma preocupação constante a sua presença e participação ativa nos cuidados, incentivando o toque no seu bebé e a prestarem cuidados de higiene e conforto, com respeito pelo seu desejos e habilidades. Tal como preconizado no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1995), que reconhece e valoriza a importância da família para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, através de cuidados sob a forma de proteção, estímulo e amor, não havendo ninguém melhor que os pais para os prestar.

A parceria de cuidados encontra-se agregada a um dos pilares da filosofia de enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), os CCF consiste em que os profissionais de saúde apoiem a sua prática nos pontos fortes da família reconhecendo-a como uma unidade de cuidado, assegurando a sua participação no planeamento das ações e considerando-a como indissociável da vida da criança. Os pais experienciam a hospitalização e a prematuridade de uma forma única e individual, vivendo ao mesmo tempo momentos de alegria e ansiedade, onde cada dia que passa se torna uma pequena conquista. O estabelecimento de uma relação terapêutica e de proximidade possibilita ao enfermeiro uma compreensão das necessidades e prioridades da família, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de um plano de cuidados efetivo para a criança e família (Corrêa, Andrade, Manzo, Couto & Duarte, 2015), baseando a sua atuação no NIDCAP[®], com vista a minimizar os danos causados pela hospitalização.

A privação de um ambiente familiar e o longo período de hospitalização aumentam o desconforto e ansiedade dos pais, o que prejudica o estabelecimento do vínculo afetivo. O RN necessita dos pais a seu lado e as suas habilidades e necessidades devem ser contempladas no plano de cuidados de enfermagem. O método canguru é um elemento fundamental nos cuidados prestados ao RN, onde se promove o contacto pele a pele com a mãe ou com o pai para realizar tal procedimento. O RN é colocado, apenas de fralda e gorro na posição vertical, sobre o corpo da mãe/pai, na região do tórax. O RN permanece junto à mãe ou pai, como se estivesse numa bolsa semelhante à de um canguru (Santos, 2011). O contacto pele-a-pele apresenta diversas vantagens tanto ao RN como para o progenitor que executa esta técnica, nomeadamente: favorece a manutenção da temperatura adequada, promove o aleitamento materno, auxilia na estabilização dos parâmetros fisiológicos, atenua a resposta comportamental e fisiológica do RN à dor e ao desconforto, e ainda fomenta o fortalecimento do vínculo afetivo, promovendo o desenvolvimento de competências e confiança no cuidado parental (Santos, 2011). Durante a prestação de cuidados, tive a oportunidade de colocar um RN prematuro em método canguru com a sua mãe e foi emocionante e muito gratificante ver o sentimento de felicidade expresso no sorriso e olhar da mãe, assim como permitiu observar as reações físicas e comportamentais do RN, nomeadamente: diminuição do choro e dos movimentos corporais desorganizados e a estabilização dos parâmetros fisiológicos. O método canguru é uma excelente intervenção que o enfermeiro pode implementar para promover a humanização dos cuidados e fomentar o vínculo pais-RN.

Desta forma, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada, devendo promover a construção e intensificação do vínculo entre pais e RN, desempenhando um papel importante no desenvolvimento do bebé em todas as suas dimensões, numa abordagem de CCF e numa atitude de valorização de sentimentos e emoções. A essência dos cuidados na unidade de cuidados intensivos neonatais é no sentido de minimizar as constantes barreiras que se colocam entre os pais e o seu filho, numa constante procura do desenvolvimento de competências parentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22 (6), 1058-1062.
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A. & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 40 (2), 53-57.
- Corrêa, A. R., Andrade, A. C., Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duarte, E. D. (2015). As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro na Unidade Neonatal. *Escola Anna Nery*, 19(4), 629-634.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.G.Paixão, Coord.) (9ª ed.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série I, (8). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Cresce*. (20) 1, 26-31.

APÊNDICE XI

Síntese Reflexiva: “Team-Building: gestão das emoções em enfermagem”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Síntese Reflexiva: “Team-Building: gestão das emoções em enfermagem”

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

2018

Síntese Reflexiva: “Team-Building: gestão das emoções em enfermagem”

No contexto de urgência pediátrica, tem surgido de uma forma crescente e cada vez mais complexa, o acumular de desafios, funções, responsabilidades profissionais e até gestão de emoções durante a prática de cuidados, pelo que senti necessidade de integração de novos saberes e conhecimentos no domínio da comunicação, gestão, orientação e trabalho em equipa. Foi este o motivo pelo que optei por participar no 3º workshop Emoções em Saúde “Team Bulding: gestão das emoções em enfermagem” facultado pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da ESEL, perspetivando o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EE. Acredito que o pensamento crítico e reflexivo representa uma ferramenta fundamental para a tomada de consciência das aprendizagens desenvolvidas.

O processo saúde-doença vivido pela criança/jovem e família caracteriza-se inevitavelmente por experiências de medo, sendo a emoção medo associada ao desconhecido, ao sofrimento e à dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Sendo a prática de enfermagem uma conjugação de saberes teóricos com competências afectivas, o processo de cuidar não pode ser indiferente às emoções humanas, pois o cuidado constitui um meio de comunicação e expressão de sentimentos, com vista à promoção de um equilíbrio entre a dimensão relacional e a dimensão emocional implícito nas intervenções de enfermagem (Watson, 2005 *cit.* Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015).

O meu contexto de trabalho, uma unidade de urgência pediátrica, padece da análise e reflexão sobre a resposta dos enfermeiros face a uma situação geradora de dor, medo ou ansiedade por parte da criança, jovem e família que experienciam uma situação de hospitalização ou de doença aguda. Por vezes este confronto torna-se emocionalmente perturbador para equipa de cuidados, devendo ser alvo de reflexão a forma como se pode promover eficazmente o desenvolvimento da equipa através da gestão das emoções dos enfermeiros e do team building perante tais situações.

A literatura diz-nos que as emoções vivenciadas pelos enfermeiros podem ter um carácter positivo ou negativo, serem perturbadoras ou gratificantes e são desencadeadas por um evento (acontecimento ou pessoa) associado a uma experiência emocional (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida, 2015). Delas fazem parte a tristeza e alegria, o desânimo e a compaixão, a mágoa e a surpresa, a ansiedade e o alívio, o prazer e a frustração, entre outras (Mercadier, 2004; Diogo, 2006; Hilliard & O'Neill, 2010). As emoções dão sentido ao saber-

ser dos enfermeiros e à forma do próprio cuidar, preenchendo o vazio dos cuidados tecnicistas norteando o relacionamento entre a pessoa cuidada e a pessoa que cuida (Diogo, 2006).

A gestão das emoções na enfermagem é fundamental no estabelecimento das relações interpessoais bem-sucedidas e é uma dimensão da prática de cuidados, onde os enfermeiros conseguem não só, mostrar sensibilidade e compreensão pela pessoa cuidada, mas ao mesmo tempo lidar com a influência das emoções em si próprios (Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida 2015). Mas será que lidamos todos da mesma forma com a emocionalidade implícita nos cuidados?

Uma situação de hospitalização ou doença aguda potencia sentimentos de ansiedade, stress, angústia e medo, em grande escala na família. Tais sentimentos podem ser facilmente transmitidos aos enfermeiros numa unidade de urgência pediátrica podendo influenciar a atitude e os comportamentos destes perante a família. De facto, os enfermeiros apresentam uma disposição emocional para com as pessoas e para com as suas experiências emocionais (Diogo, 2012). Somos confrontados diariamente com situações difíceis de lidar e vivemos as experiências emocionalmente intensas das famílias, ficando muitas vezes afetados com as emoções de quem cuidamos, devido à empatia emocional subentendida na relação interpessoal. Contudo todos nós adotamos uma atitude e um comportamento frente a determinados acontecimentos e sentimentos. Perante a ansiedade dos pais, ancorada muitas vezes a comportamentos agressivos, alguns enfermeiros podem sentir injustiça e até raiva pelo leque de emoções perturbadoras transmitidas e procuram evitar a prestação de cuidados, reduzindo desta forma a sua exposição à família, fonte de emoções (Diogo, 2012). Contudo, a mesma autora, esclarece algumas estratégias que ajudam na regulação da disposição emocional dos enfermeiros perante situações emocionalmente intensas, sendo uma delas o apoio entre colegas, como condição facilitadora desta regulação, quando existe um ambiente de empatia e companheirismo na equipa de saúde. Por outro lado, também existem condições que dificultam este processo, nomeadamente: o excesso de trabalho, as fragilidades pessoais e mesmo os conflitos no seio da equipa (Diogo, 2012). Todavia, Diogo (2006) salvaguarda, que a capacidade dos enfermeiros no entendimento das suas emoções e sentimentos é uma competência passível de ser alcançada, através de ajudas externas, como a partilha destas vivências com um grupo de colegas durante momentos de reflexão, entre outras. Esta capacidade exige dos enfermeiros a habilidade de serem capazes de conhecer as emoções, de se automotivar, de reconhecer as emoções dos outros e de gerir relacionamentos. O *team building* surge, assim, como um conjunto de estratégias planeadas que tendem a reforçar a

coesão, confiança e a motivação no seio da equipa, com o objetivo de melhorar o desempenho individual e colectivo da mesma (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012).

A meu ver, a junção de um contexto de prestação de cuidados emocionalmente desgastante e imprevisível, onde emergem cuidados de enfermagem complexos e urgentes com foco na maximização da saúde da criança, jovem e família, exige da equipa de enfermagem a coesão, motivação e colaboração para que se otimizem as relações e a efetividade dos cuidados prestados. É nestas situações que a equipa deve procurar estratégias que promovam um conjunto de competências no âmbito das relações interpessoais, comunicação efetiva, resolução de conflitos, essenciais para um melhor desempenho, adaptado ao potencial de cada elemento da equipa.

Sendo o *team building* uma ferramenta essencial na capacitação do trabalho em equipa, na gestão de emoções e de conflitos, e no saber interagir em grupo numa perspetiva positiva, construtiva e eficaz (Homem, Patrício, Cardoso & Lourenço, 2012), parece-me que uma das intervenções que poderia ser vantajosa para a equipa seria a realização de reuniões entre a equipa de enfermagem, com vista à reflexão sobre a gestão das emoções perante situações geradoras de stress e ansiedade dos pais, muitas vezes provocada pela hospitalização ou doença aguda. Em equipa gera-se a oportunidade de melhorar o desempenho no seu todo e identificam-se as necessidades e potencialidades a desenvolver tanto na equipa, como em cada elemento integrante. As atividades propostas privilegiam espaços de partilha, reflexão e expressão de emoções e sentimentos, visando a satisfação global da equipa, favorecendo também o autoconhecimento emocional de cada elemento. Através da colaboração e disponibilidade para participar de uma forma construtiva nestas reuniões, penso que será possível melhorar práticas, indo ao encontro da satisfação de toda a equipa de enfermagem na gestão das emoções perante situações geradoras de ansiedade e stress dos pais. A intervenção do EEESIP deve desta forma gerir na equipa, de forma apropriada, as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, através do reconhecimento da necessidade de prevenir e identificar práticas de risco, assim como a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas (Regulamento n.º 422/2018). O recurso ao *team building* pode ser uma destas medidas, havendo com certeza outras possíveis de serem aplicadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspectiva emotivovivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica – Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 43-51.
- Hilliard, C. & O'Neill, M. (2010). Nurses' emotional experience of caring for children with burns. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 2907-2915.
- Homem, F., Patrício, M. F., Cardoso, R. & Lourenço, A. C. (2012). Team Building e a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (7), 169-177. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2012pdf/37-169.pdf>
- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República II Série*, N.º 133 (12-07-2018). 19192-19194.

APÊNDICE XII

**Grelha para registo dos cuidados de enfermagem durante procedimentos invasivos, com
foco na gestão diferenciada da dor**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

**Grelha para registo dos cuidados de enfermagem durante procedimentos
invasivos, com foco na gestão diferenciada da dor**

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Fevereiro 2018

Grelha para registo dos cuidados de enfermagem durante procedimentos invasivos, com foco na gestão diferenciada da dor

Data/ Turno	Idade	Tipo de procedimento	Avaliação da dor			Escala da dor utilizada	ENF mobilizada	Observações
			Antes	Durante	Após			

APÊNDICE XIII
Kit “Gavetas Mágicas”

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Kit “Gavetas Mágicas”



Docente Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

Enfermeira Orientadora: Paula Figueiredo

Elaborado por: Paula Sequeira

Almada, Fevereiro 2018

LISTA DE SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

ENF – Estratégias não farmacológicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

Introdução	4
1. A dor em saúde infantil e pediatria	5
1.1. Estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor da criança	6
2. O brincar terapêutico durante procedimentos dolorosos	12
3. Considerações finais	15

Referencias Bibliográficas

Apêndices

I – Constituição das “gavetas mágicas”

INTRODUÇÃO

Todas as crianças têm direito a cuidados de saúde adequados (UNICEF, 1990). O crescimento e desenvolvimento saudável de uma criança devem ser vividos de forma feliz e harmoniosa, sem lugar para a dor e sofrimento (OE, 2013).

Na perspetiva do Enfermeiro, a gestão da dor deve ser encarado com a máxima atenção, pois é considerado o 5º sinal vital e remete para a Qualidade dos Cuidados. As **Estratégias Não Farmacológicas** (ENF) no alívio e controlo da dor devem ser utilizadas, tendo por base as evidências científicas mais recentes, no sentido de promover a saúde e o bem-estar, podendo ser facilmente aplicadas, com poucos custos e sem efeitos colaterais (Batalha, 2010).

Em contexto hospitalar, o ambiente tende a ser mais hostil para a criança, jovem e família, onde se impõem novas regras e rotinas, e onde podem ser frequentes as manipulações, realização de exames e tratamentos passíveis de serem assustadores e dolorosos (Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, as ENF no alívio e controlo da dor podem ser utilizadas na gestão diferenciada da dor, da criança, jovem e família proporcionando uma experiência menos traumática durante a hospitalização, o que contribui para o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

O presente manual de utilização, desenvolvido no âmbito da unidade curricular: estágio com relatório do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria serve como complemento ao instrumento de trabalho “Gavetas Mágicas”, e tem como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da gestão diferenciada da dor durante procedimentos invasivos/dolorosos com recurso às ENF no alívio e controlo da dor aguda e ao brincar terapêutico, no contexto de Urgência Pediátrica. De igual modo, pretende orientar a utilização do Kit “Gavetas Mágicas” e as atividades de brincar terapêutico consoante o estágio de desenvolvimento.

1. A dor em saúde infantil e pediatria

A **dor** é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal lesão, sendo ainda considerada um fenómeno multidimensional e complexo.

Desde 2003, que a dor é considerada o 5º sinal vital e a avaliação e o registo regular da intensidade em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde considerada como norma de boa prática (Direção Geral de Saúde (DGS) 2010). Hoje em dia atribui-se uma grande importância à dor da criança, valorizando-se as consequências que esta tem para o desenvolvimento e saúde da mesma (Barros, 2003).

Historicamente a dor nas crianças sempre foi subtratada e continua a ser um problema atual devido na maioria das vezes à falta de conhecimento dos profissionais (Batalha, 2010). Qualquer criança ou jovem, independentemente da sua faixa etária pode experienciar a gestão ineficaz da dor e essa falta de controlo pode ter consequências a longo prazo em qualquer idade. Estudos recentes mostram a evidência de que a intervenção de enfermagem na gestão eficaz da dor e a implementação de ENF são ainda relativamente baixas (Heo, Kim & Kim, 2016); a mesma autora menciona ainda que um papel mais ativo pelos enfermeiros que prestam cuidados na área da pediatria, uma boa comunicação entre os enfermeiros, as crianças e a família, e a construção de relações afetivas, são requisitos essenciais para uma gestão da dor mais eficaz.

São vários os autores que referem que as práticas de enfermagem no controlo e alívio da dor estão longe do que é considerado ideal, pelo que é fundamental uma abordagem multidisciplinar do fenómeno da gestão da dor (Twycross & Dowden, 2009). A eficácia do controlo da dor implica então um trabalho em equipa, em que médicos e enfermeiros desempenham um papel fundamental, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas que, para poderem ser promovidas, têm de ter a dor como “alvo de uma medição contínua quanto à sua presença e grau de atividade como um outro sinal vital” (Batalha, 2010, p.14).

1.1 Estratégias não farmacológicas para o alívio e controlo da dor da criança

O controlo da dor envolve intervenções dirigidas à sua prevenção e ao seu tratamento. Assim sempre que o enfermeiro preveja uma situação de dor ou avalie a sua presença, deve intervir na promoção de cuidados que a aliviem ou minimizem para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (OE, 2008). O eficaz alívio e controlo da dor demanda intervenções farmacológicas, caso assim se justifique, e a aplicação e a mobilização de ENF proporcionando o melhor alívio da dor para a criança/jovem (OE, 2013). É de salientar que estas últimas não substituem o tratamento farmacológico, e que são eficazes por si só ou quando aplicadas conjuntamente ajudam a diminuir a percepção de dor, tornando-a mais tolerável, reduzem os níveis de ansiedade e aumentam a eficácia e a redução da dose de fármacos analgésicos (Rusy & Weisman, 2000). São estratégias seguras, não invasivas, de baixo custo económico e aumentam o sentimento de controlo da dor proporcionando à criança, jovem e família maior autonomia. Segundo Barros (2010) este tipo de estratégias têm demonstrado uma grande eficácia no controlo da dor aguda associada a procedimentos dolorosos. As ENF no alívio e controlo da dor são medidas adjacentes ao processo de enfermagem elaborado pelos enfermeiros com vista à resolução do foco de atenção Dor da criança, jovem e família e a sua aplicação obedece aos guias orientadores de boas práticas de cuidados de enfermagem emanados pela OE, baseados na evidência científica existente.

A escolha de cada estratégia a ser mobilizada com cada criança ou jovem terá de ter em conta os recursos existentes em cada contexto de prestação de serviços, a sensibilidade da criança e do jovem à dor atendendo a experiências anteriores de dor, às preferências e habilidades da criança e jovem, ao seu desenvolvimento cognitivo, às estratégias de coping, ao contexto envolvente e às características específicas da dor como a sua localização, intensidade e duração.

O controlo e alívio da dor é um direito de todas as crianças e jovens e um dever legal e ético dos profissionais de saúde (DGS, 2010). Deste modo os enfermeiros desempenham um papel preponderante na redução da ansiedade e da dor resultante de procedimentos potencialmente dolorosos (Maccagno, 2009).

As ENF podem ser classificadas como: comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para o alívio da dor), cognitivas (aliviam a dor através de métodos mentais), cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas (permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso e têm como alvo o comportamento e a cognição), suporte emocional

(através da presença de uma pessoa significativa), e ambientais (através da melhoria das condições ambientais) (OE, 2013).

Classificação e descrição das ENF no alívio e controlo da dor:

Classificação	Estratégias não farmacológicas	Definição
Comportamentais	Dessensibilização	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino de técnicas de coping a fim de reduzir a sensibilidade do organismo; - Diminui a ansiedade; - Exige tempo de cuidados (pouco utilizada na prática de cuidados pediátrica).
	Reforço Positivo	<ul style="list-style-type: none"> - Elogio ou recompensa através de um relato positivo; - Transforma o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso; - Recompensas: brinquedos, autocolantes, pensos coloridos, diplomas, medalhas.
	Relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia que prepara a criança para uma situação stressante ou desagradável, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao acontecimento; - Diminui o metabolismo, o consumo de energia e de oxigénio; - Diminui FR, FC e TA; - Dá a sensação de calma; - Diminui a dor e a ansiedade.
Cognitivas	Informação preparatória	<ul style="list-style-type: none"> - Informa a criança, jovem e família sobre o procedimento a realizar; - A criança/jovem e família tornam-se

		<p>participantes nos cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informação sensorial: tem foco na explicação das sensações que podem decorrer dos procedimentos; - Ajuda a reduzir a ansiedade e o medo da criança e ajuda a aumentar o seu autocontrolo.
	Mudança de memória	<ul style="list-style-type: none"> - Tem por objetivo desmistificar; - Diminui a angústia antecipatória.
Cognitivo-Comportamentais	Distração	<ul style="list-style-type: none"> - Direciona a atenção da dor para situações agradáveis, não relacionadas com o procedimento; - Técnica utilizada na em situação de dor ligeira a moderada, de curta duração (menos de 60 minutos). - Eficaz/Económico; - Requerem pouco tempo.
	Modelagem e Ensaio	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre o que se vai fazer; - Envolve a demonstração do uso de estratégias de <i>coping</i> por um adulto ou criança; - Diminui a dor e a ansiedade.
	Imagem Guiada	<ul style="list-style-type: none"> - Procura obter sensação de bem-estar e relaxamento; - Atua como alívio e distração através da concentração numa ideia ou imagem particular;

		<ul style="list-style-type: none"> - Útil a partir dos 4 anos de idade; - Implica tempo de aplicação.
Físicos	Aplicação de Calor/Frio	<ul style="list-style-type: none"> - O calor promove a circulação sanguínea e elimina os produtos de degradação metabólica; - O frio diminui a circulação sanguínea e favorece a diminuição do edema; - Útil nas crianças a partir de 1 de idade.
	Massagem	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina os produtos de degradação celular; - Estimula as fibras de grandes diâmetros dos aferentes primários; - Indicada em dores músculo-esqueléticas, em queimados e em cólicas no recém-nascido; - Contra-indicada em recém-nascidos com menos de 32 semanas.
	Posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a organização comportamental e o conforto; - A posição fetal nos prematuros é reconfortante.
Suporte Emocional	Presença	<ul style="list-style-type: none"> - A presença dos pais melhora o relacionamento e sentimento de segurança; - Diminui a percepção de dor e a ansiedade; - Garante proteção, confiança, amor e carinho à criança.
	Conforto/Toque	<ul style="list-style-type: none"> - As medidas de conforto devem estar relacionadas com o estágio de

		<p>desenvolvimento da criança/jovem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Embalar, acariciar, brincar, contar uma história.
Ambientais	<p>Temperatura, Luz, Ruído, Mobiliário, Decoração</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a criação de um ambiente de bem-estar; - Decoração e mobiliário devem ser orientados para as necessidades da criança/jovem; - Tornam o ambiente mais familiar e tranquilo.

(Batalha, 2010; DGS, 2012; OE, 2013)

Os profissionais de saúde têm o dever de usar as ENF no alívio e controlo da dor em benefício da criança, jovem e família, desde as mais complexas às mais simples (Batalha, 2010). O mesmo autor alerta ainda para o respeito de alguns princípios, que garantem não só a manutenção dos direitos da criança, jovem e família, como também o controlo da dor em si, tais como:

- » Identificar experiências anteriores de dor e os métodos utilizados no seu alívio;
- » Negociar a presença dos pais/ pessoa significativa junto da criança;
- » Informar de forma simples, exacta e de acordo com o estágio de desenvolvimento;
- » Ensinar pais e criança a enfrentarem os procedimentos dolorosos;
- » Ser honesto;
- » Dar feedback positivo;
- » Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça;
- » Garantir o conforto da criança;
- » Não efectuar ou permitir que se efectuem actos dolorosos na cama (local de refúgio e conforto);
- » Permitir a expressão de sentimentos ou emoções;
- » Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- » Permanecer junto da criança após um acto doloroso;
- » Planear os cuidados de forma a manipular/ incomodar o menor número de vezes possível;
- » Agrupar os actos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia;
- » Avaliar continuamente a dor como qualquer outro sinal vital.

(Batalha, 2010. p. 66).

2. O brincar terapêutico durante procedimentos dolorosos

A experiência da hospitalização é considerada uma situação potencialmente traumática, que pode desencadear sentimentos diversos, como angústia, ansiedade, dor e medo diante de uma situação desconhecida ou ameaçadora para a criança, jovem e família. A hospitalização é considerada um dos primeiros momentos de crise com que estes se deparam, difícil de ser vivenciada (Tavares, 2011).

Segundo Barros (2003) esta experiência é mais marcante no período entre os seis meses e os quatro anos. Já que antes dos seis meses os bebês ainda não terão estabelecido uma vinculação suficientemente forte e as crianças mais velhas já apresentam capacidades cognitivas para manter relações estáveis para compreender a necessidade dos tratamentos e controlar melhor os medos e ansiedades (Barros, 2003). As crianças mais pequenas não têm memória de experiências anteriores relacionadas com os procedimentos invasivos anteriores e por isso não antecipam o sofrimento, mas em contrapartida podem reagir mais agressivamente à aproximação dos enfermeiros (Barros, 2003). Dos seis aos trinta meses a principal fonte de stress durante a hospitalização é a separação dos pais ou pessoa significativa (Barros, 2003). No *toddler* as explicações sobre os procedimentos e hospitalização devem ser simples e breves, porque eles interpretam literalmente o que lhes é dito, e colaboram pouco nos tratamentos invasivos (Hockenberry e Wilson, 2014). Já na idade pré-escolar a criança acredita que os seus pensamentos são poderosos, valorizando os procedimentos como um castigo ou punição, o que dificulta a aceitação de tais procedimentos e a criança escolar receia mais as intervenções invasivas ligadas ao tratamento, as incapacidades físicas, as lesões permanentes e o medo da morte, compreendem e colaboram mais nos atos médicos, por conhecerem melhor o significado das doenças e do nível de dor, mas podem ter maior dificuldade em expressar por sua iniciativa os seus sentimentos, pelo que os enfermeiros deverão estar alerta aos sinais não-verbais da criança (Hockenberry e Wilson, 2014). Os adolescentes temem perder o controlo durante a experiência dolorosa; sentem-se muitas vezes onnipotentes, como se nada os pudesse magoar e precisam de manter a auto-estima e o controlo (Batalha, 2010). Desta forma, beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo durante procedimentos dolorosos (Batalha, 2010), podendo a técnica de distração descentrar o seu pensamento do procedimento em causa, através de uma conversa sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros (OE, 2013).

Num serviço de urgência pediátrica, a promoção da saúde não se restringe apenas à resolução da situação de doença aguda e redução do tempo de permanência no hospital. É necessário que se proporcionem recursos à criança e jovem de modo a atravessarem a situação

de hospitalização com mais benefícios que prejuízos. Este tipo de intervenção pode fazer com que esta situação não seja somente de dor e sofrimento, mas também rica em significados, promovendo o bem-estar e o crescimento e desenvolvimento da criança ou do jovem.

Segundo Ramos, Vaz, Maximino, Dias & Dias (2012), o desenvolvimento saudável da criança e do jovem integra o brincar, sendo um dos principais processos onde são desenvolvidas as suas potencialidades e capacidades. O simples “ato de brincar” e a distração é o recurso que a criança e jovem respectivamente, possuem para elaborar as suas defesas e comunicar espontaneamente com o que os rodeia.

O brincar é considerado um instrumento terapêutico porque a intervenção de enfermagem tem uma intencionalidade terapêutica e deve ser encarado como um instrumento a ser utilizado pelo enfermeiro, de forma a ajudar a criança/jovem a vivenciar e ultrapassar a experiência da doença e hospitalização com o mínimo de sequelas, promovendo a sua adaptação ao ambiente hospitalar (Tavares, 2011). A mobilização de instrumentos de forma terapêutica na prática de enfermagem permite aos enfermeiros conseguirem alcançar benefícios para a criança/jovem que cuidam, desenvolvendo intervenções com intuito não só de promover a sua recuperação, como também de garantir o seu bem-estar atendendo à sua individualidade (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

A brincadeira terapêutica deve ser apreciada como uma ferramenta essencial do cuidar em enfermagem, fomentando uma relação terapêutica entre a criança, jovem e família e o enfermeiro, sendo o brinquedo terapêutico uma das formas de estabelecer esta brincadeira (Tavares, 2011). Desta forma, o brinquedo terapêutico torna-se uma ferramenta essencial para os enfermeiros, principalmente, quando há necessidade de realizar procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, propiciando uma maior aceitação e cooperação por parte da criança ou do jovem (Kiche & Almeida, 2009).

Em seguida apresentam-se alguns brinquedos terapêuticos de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, relacionando-os com as ENF na gestão da dor, que podem ser facilmente utilizados pelos enfermeiros, aquando procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos.

A Direção Geral da Saúde refere que a gestão da dor na criança e no jovem durante procedimentos invasivos deve compreender as seguintes orientações:

- Planear os procedimentos invasivos/dolorosos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
- Preparar e informar previamente as crianças/jovens e família acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
- Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- Selecionar as ENF no alívio e controlo da dor mais adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem;
- Considerar, nos RN e lactentes o uso de contenção, amamentação ou sacarose em associação à sucção não nutritiva. (DGS, 2012).

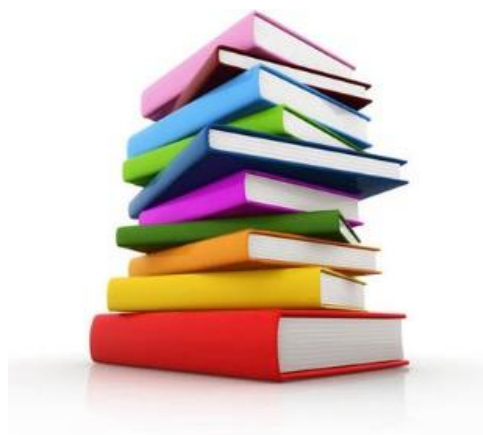
Desta forma, os enfermeiros devem reconhecer o brincar como atividade fundamental no desenvolvimento infantil saudável e devem utilizar o brincar como um instrumento terapêutico de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este manual pretende-se demonstrar a importância da aplicação e mobilização das ENF na gestão diferenciada da dor aguda durante procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos. Dessa forma, podemos considerar que a “Gavetas Mágicas” contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Para que ocorra um ambiente favorável à gestão da dor aguda deve ser proporcionado às crianças/jovens sempre que possível, a utilização de brinquedos, de técnicas ou atividades que sirvam de recurso para tornar um momento de ansiedade e stress o menos desconfortável possível.

A reter:

- A dor é um sintoma subjetivo....
- As ENF no alívio e controlo da dor são um recurso importante para a sua prevenção e alívio....
- O controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática, tornando-se fundamental avaliar, intervir e registar a intensidade da dor...
- O enfermeiro é fundamental na promoção do seu bem estar da criança e jovem, devendo dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e o menos traumático possível.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica, uma perspectiva desenvolvimentista*. (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306. Lisboa.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa N.º014/2010. *Orientações técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Heo, S. J., Kim, J.S., & Kim, H. (2016). Factors Influencing Pain Management Practice in Pediatric Nurses. *Child Health Nursing Research*, (22), 4, 279-288. Disponível em: <https://www.e-chnr.org/upload/pdf/chnr-22-4-279.pdf>
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M.J.G.Paixão, Coord.) (9^a ed.). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's - Nursing Care of Infants and Children, 9th ed., 2011, New York: Elsevier).
- Kiche, M. & Almeida, F. (2009). Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*. 22(2). 125-130.
- Maccagno, L. (2009). Pain control in children - Are nurses doing enough?. *Nursing New Zeland*, 15 (6) 16-18.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática - Dor*. Cadernos OE, Série I, (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através de atividades de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*. 14 (1), 24-38.
- Ramos, A. L., Vaz, E., Maximino, E., Dias, M. J., & Dias, L. (2012). *Brincar...essencial do desenvolvimento: os olhares atentos dos enfermeiros*. In Percursos. (Nunes, L., Coord.) (26^aed.) 7 (26), 49-60. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n26.pdf

- Rusy, L. M., & Weisman, S. J. (2000). Complementary therapies for acute pediatric pain management. *Pediatr Clin North Am*, 47 (3), 589-599.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando- A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Twycross, A., & Dowden, S. (2009). Status of pediatric nurses' knowledge about pain. *Pediatric Pain Letter*, 11 (3), 17-21.
- UNICEF (1990). Convenção sobre os Direitos da Criança. NY: ONU. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

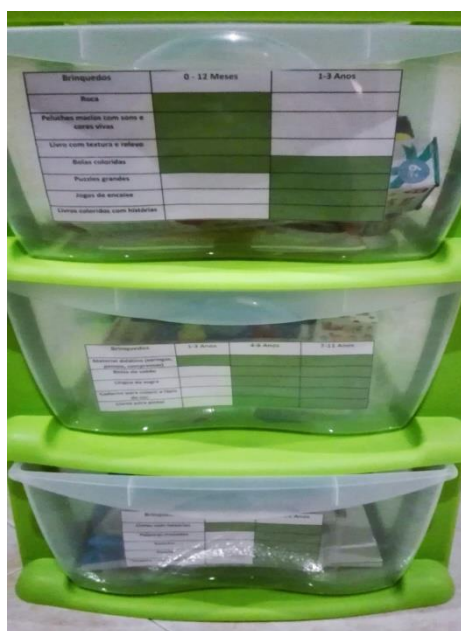
APÊNDICES

Apêndice I

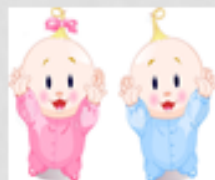
Constituição das “gavetas mágicas”

As “Gavetas Mágicas” são constituídas por um conjunto de materiais lúdicos e didáticos, nomeadamente roca, plasticina, puzzles, livros com ilustrações e de pinturas, bolas de sabão, quebra-cabeças, adequados ao desenvolvimento da criança e do jovem e que podem utilizados como forma de distração e de gestão da dor, durante procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos. Neste Kit estão incluídos alguns cartões que procuram sistematizar a informação sobre qual a estratégia não farmacológica no alívio e controlo da dor e o brinquedo terapêutico adequado a cada faixa etária.

As “Gavetas Mágicas” estão identificadas devidamente, com os brinquedos mais adequados para cada faixa etária.



LACTENTE 0 - 12 MESES



Os lactentes desenvolvem o sentimento de segurança em si, nos pais e nos outros. A estimulação tátil é fundamental para a aquisição da confiança e é através do toque que inicia o seu processos de socialização.

- Observa e segue imagens em livros
- Faz jogos interativos, como o bate-palminhas
- Imita expressões faciais
- Demonstra interesse por estímulos estranhos e consegue reconhecer rostos e objetos familiares

Brinquedos terapêuticos:

- . Brinquedos macios, coloridos e com som (roca, caixinha de música;
- . Bola com espelho e som
- . Livros com música e textura em relevo;
- . Material didático: mascaras, barretes, pensos

Estratégia não farmacológica:

- . Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento;
- . Jogo do "esconde-esconde";
- . Toque nos materiais didáticos;
- . Relaxamento: embalo, chucha, falar/cantar em voz baixa, massagem, música de embalar.

TODDLER 1 - 3 ANOS



O toddler prepara-se para passar da confiança para a fase de controlo, a independência e a autonomia. Ganham um maior controlo sobre as funções corporais e as habilidades motoras (finas e grosseiras) são aprimoradas.

- Progredem do jogo solitário para o jogo paralelo
- Torna-se um grande imitador
- No desenho imita linhas verticais e circulares
- Aumento da independência face aos pais
- Início da linguagem e novos comportamentos sociais

Brinquedos terapêuticos:

- . Bolas de sabão
- . Língua da sogra
- . Jogos de encaixe
- . Papel e lápis para desenhar
- . Livros coloridos com histórias (que podem estar relacionadas com a saúde)
- . Material didático: compressas, pensos, ligaduras...

Estratégia não farmacológica:

- . **Simulação** do procedimento efetuado pela criança através da imitação sobre o que experimentar – jogo "faz-de-conta";
- . **Arteterapia:** através do desenho e da pintura
- . **Distração:** através da percepção visual, auditiva, tátil e olfativa ou pela concentração em jogos de construção;
- . **Relaxamento:** através de exercícios respiratórios

PRÉ-ESCOLAR 4 - 6 ANOS



A criança pré escolar está num período de aprendizagem intensa sendo a aquisição do sentido de iniciativa um meta fundamental assim como o desenvolvimento da consciência moral que lhes permite distinguir certo do errado.

- Gostam especialmente do jogo associativo (em grupo, mas sem regras)
- Começam a partilhar
- São comuns os amigos imaginários
- Exploração e curiosidade sexual demonstrada através do brincar "aos médicos" ou "aos enfermeiros"

Brinquedos terapêuticos:

- . Boneco para modelo;
- . Puzzles;
- . Bolas coloridas
- . Bolas de sabão, apitos coloridos tipo "língua da sogra"
- . Blocos de diplomas ou medalhas de bom comportamento
- . Papel e lápis para desenhar
- . Fantoches
- . Livros de histórias

Estratégia não farmacológica:

- . Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação (contrato comportamental)
- . Arteterapia
- . Humor;
- . Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar
- . Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção

ESCOLAR 7- 11 ANOS



Na idade escolar a criança aumenta os seus interesses pessoais e as opções....sentem uma grande necessidade motivação para participar em trabalhos com significado e utilidade. Há um desenvolvimento do pensamento lógico e da moralidade, podem julgar pela intenção e não apenas pela consequência da ação.

- Brinca sobretudo com grupos do mesmo sexo e compara-se com outros
- Gosta de competir e de participar nos jogos
- Faz o que observa os adultos fazerem

Brinquedos terapêuticos:

- . Jogos: puzzles, palavras cruzadas,
- . Bolas coloridas
- . Vídeos
- . Livros: ciência, corpo humano, anedotas
- . Material didático: compressas, pensos, adesivos, ligaduras

Estratégia não farmacológica:

- . Leitura
- . Arteterapia
- . Humor;
- . Distração;
- . Manipulação do material didático
- . Explicação e demonstração dos procedimentos

ADOLESCENTE

12 -18 ANOS



O adolescente é capaz de pensar além do concreto e percebe o abstrato. Quem mais influencia o desenvolvimento e a socialização do adolescente é o grupo de pares onde encontram fontes de motivação e reforço, tal como modelos de comportamento. Sentem que devem fazer cada vez mais escolhas restritas e multidimensionais.

- A capacidade de decisão aumenta
- Capazes de perceber as implicações futuras dos seus comportamentos
- Padrões comportamentais definidos pelo grupo de pares

Brinquedoterapêuticos:

- . Jogos: puzzles, "quebra-cabeças", enigmas, sudoku, palavras cruzadas, cartas
- . Bolas coloridas anti-stress
- . Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas

Estratégia não farmacológica:

- . Explicação e demonstração dos procedimentos
- . Distração: recordar imagens ou momentos agradáveis
 - . Humor
 - . Leitura
- . Relaxamento: através de exercícios respiratórios, pensamento positivo, tecnologias,
 - . Musicoterapia

APÊNDICE XIV

Sessão de formação: “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência
Pediátrica”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

8º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Sessão de formação: “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na
Urgência Pediátrica”

Discente:

Paula Cristina Lopes Sequeira

Docente orientador:

Prof.^a Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Fevereiro 2018

SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS

“Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica”



Formandos: Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica

Formadora: Paula Sequeira

Enf.ª Orientadora: Enf.ª Paula Figueiredo

Data: 08/02/18

Hora: 15h30 – 16h00

Local: Sala de Enfermagem da Urgência Pediátrica

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica

Formadora: Paula Sequeira

Data: 08/02/2018

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica

Duração da Sessão: 30 minutos

Objetivos Específicos	Conteúdos	Metodologia	Atividades	Recursos Didáticos	Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Definir o conceito de dor;- Informar e consciencializar sobre estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor na criança e jovem;- Promover a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor aguda aquando procedimentos dolorosos;- Apresentar à equipa o kit “gavetas mágicas” elaborado para a sala de tratamentos;- Apresentar à equipa a pasta de músicas elaborada para a sala de tratamentos;- Propor e discutir sugestões para a melhoria da prática de cuidados.	<ul style="list-style-type: none">- Definição de dor em pediatria;- Relembrar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda;- Importância da avaliação da dor aguda na criança e jovem- Apresentação do kit “gavetas mágicas”- Conclusão	<ul style="list-style-type: none">- Expositiva- Participativa	<ul style="list-style-type: none">- Exposição oral dos conteúdos programados- Esclarecimento de dúvidas.	<ul style="list-style-type: none">- Videoprojetor	<ul style="list-style-type: none">- Preenchimento de um questionário sobre a avaliação da sessão de formação.

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica

Discente: Paula Sequeira
Docente Orientador: Prof.ª Doutora Maria Teresa Magão
Enfª Orientadora: Enfª Paula Figueiredo
8 Fevereiro de 2018



SUMÁRIO

- Definição de dor e dor em pediatria
- Tipos de estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor aguda
- Brinquedo terapêutico adequado a cada faixa etária
- Apresentação do kit "gavetas mágicas"
- Esclarecimento de dúvidas e discussão de sugestões
- Referências Bibliográficas

OBJETIVOS

Geral:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância e valorização da dor em pediatria e a implementação de ENF no controlo e alívio da dor aguda da criança, jovem e família

Específicos:

- Relembrar a importância do uso das ENF com controlo e alívio da dor
- Promover a utilização de ENF aquando procedimentos dolorosos
- Apresentar à equipa o Kit " gavetas mágicas"
- Discutir sugestões para a melhoria da prática de cuidados

1

DOR, UM CONCEITO....



4

DOR EM PEDIATRIA



A dor associada a procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos é uma experiência sensorial e emocional potencialmente desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos. É com frequência acompanhada de medo e ansiedade.

O medo e a ansiedade tanto das crianças, jovens e família são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contato com os serviços de saúde



(DGS, 2012)

5

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS (ENF) PARA O ALIVIO DA DOR



Intervenções de carácter psicológico, eficazes em situação de dor ligeira ou procedimentos dolorosos.



Aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e família.



Não exigem preparação específica, são de fácil aplicação, requerem pouco tempo e inserem-se numa filosofia de cuidados incentivada como boa prática de cuidados.

(Batalha, 2010; OE, 2013)

6

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALIVIO DA DOR

A seleção das ENF depende de:



7

TIPOS DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALIVIO DA DOR



8

ESTRATÉGIAS COGNITIVAS

Informação preparatória

Mudança de memória

Auto-relato positivo

Hipnose

9

ESTRATÉGIAS COMPORTAMENTAIS

Dessensibilização

Reforço positivo

Relaxamento

10

ESTRATÉGIAS COGNITIVO- COMPORTAMENTAIS

Distração

Modelagem e ensaio

Imagem guiada

11

ESTRATÉGIAS FÍSICAS OU PERIFÉRICAS

Aplicação de calor/frio

Massagem

Posicionamento

12

ESTRATÉGIAS DE SUPORTE EMOCIONAL

Presença dos pais

Toque / Conforto

Sucção não nutritiva / Sacarose

Amamentação

13

ESTRATÉGIAS AMBIENTAIS

Temperatura

Luz/Ruído

Decoração

14

ALGUNS PRINCÍPIOS A TER EM CONTA....

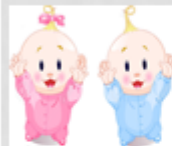
- Negociar a presença dos pais junto da criança;
- Informar de forma simples e precisa, considerando o estágio de desenvolvimento da criança;
- Ser honesto com a criança (não mentir);
- Nunca utilizar procedimentos de enfermagem como ameaça;
- Garantir o conforto da criança;
- Não permitir que sejam realizados procedimentos dolorosos no seu quarto (local de refúgio e conforto);
- Planear os cuidados de forma a manipular a criança o menor número de vezes possível;
- Permanecer junto da criança após o procedimento doloroso.

(Batalha, 2010)



15

LACTENTE 0 - 12 MESES



Os lactentes desenvolvem o sentimento de segurança em si, nos pais e nos outros. A estimulação tátil é fundamental para a aquisição da confiança e é através do toque que inicia o seu processo de socialização.

- Observa e segue imagens em livros
- Faz jogos interativos, como o bate-palminhas
- Imita expressões faciais
- Demonstra interesse por estímulos estranhos e consegue reconhecer rostos e objetos familiares

Brinquedos terapêuticos:

- . Brinquedos macios, coloridos e com som (roca, caixinha de música;
- . Bola com espelho e som
- . Livros com música e textura em relevo;
- . Material didático: mascaras, barretes, penos

Estratégia não farmacológica:

- . Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento;
- . Jogo do "esconde-esconde";
- . Toque nos materiais didáticos;
- . Relaxamento: embaio, chucha, falar/cantar em voz baixa, massagem, música de embalar.

16

TODDLER 1 - 3 ANOS



O Toddler prepara-se para passar da confiança para a fase de controlo, a independência e a autonomia. Ganham um maior controlo sobre as funções corporais e as habilidades motoras (finas e grosseiras) são aprimoradas.

- Progredem do jogo solitário para o jogo paralelo
- Torna-se um grande imitador
- No desenho imita linhas verticais e circulares
- Aumento da independência face aos pais
- Início da linguagem e novos comportamentos sociais

Brinquedos terapêuticos:

- . Bolas de sabão
- . Língua da sogra
- . Jogos de encaixe
- . Papel e lápis para desenhar
- . Livros coloridos com histórias (que podem estar relacionadas com a saúde)
- . Material didático: compressas, pensos, ligaduras...

Estratégia não farmacológica:

- . **Simulação** do procedimento efetuado pela criança através da imitação sobre o que experimentar – jogo "faz-de-conta";
- . **Arteterapia:** através do desenho e da pintura
- . **Distração:** através da percepção visual, auditiva, tátil e olfativa ou pela concentração em jogos de construção;
- . **Relaxamento:** através de exercícios respiratórios

PRÉ-ESCOLAR 4 - 6 ANOS



A criança pré-escolar está num período de aprendizagem intensa sendo a aquisição do sentido de iniciativa um meta fundamental assim como o desenvolvimento da consciência moral que lhes permite distinguir o certo do errado.

- Gostam especialmente do jogo associativo (em grupo, mas sem regras)
- Começam a partilhar
- São comuns os amigos imaginários
- Exploração e curiosidade sexual demonstrada através do brincar "aos médicos" ou "aos enfermeiros"

Brinquedos terapêuticos:

- . Boneco para modelo;
- . Puzzles;
- . Bolas coloridas
- . Bolas de sabão, apitos coloridos tipo "língua da sogra"
- . Blocos de diplomas ou medalhas de bom comportamento
- . Papel e lápis para desenhar
- . Fantoches
- . Livros de histórias

Estratégia não farmacológica:

- . Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação (contrato comportamental)
- . Arteterapia
- . Humor;
- . Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar
- . Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção

ESCOLAR 7- 11 ANOS



Na idade escolar a criança aumenta os seus interesses pessoais e as opções... sentem uma grande necessidade motivação para participar em trabalhos com significado e utilidade. Há um desenvolvimento do pensamento lógico e da moralidade, podem julgar pela intenção e não apenas pela consequência da ação.

- Brinca sobretudo com grupos do mesmo sexo e compara-se com outros
- Gosta de competir e de participar nos jogos
- Faz o que observa os adultos fazerem

Brinquedoterapêuticos:

- . Jogos: puzzles, palavras cruzadas,
- . Bolas coloridas
- . Vídeos
- . Livros: ciência, corpo humano, anedotas
- . Material didático: compressas, pensos, adesivos, ligaduras

Estratégia não farmacológica:

- . Leitura
- . Arteterapia
- . Humor;
- . Distração;
- . Manipulação do material didático
- . Explicação e demonstração dos procedimentos

19

ADOLESCENTE 12 -18 ANOS



O adolescente é capaz de pensar além do concreto e percebe o abstrato. Quem mais influencia o desenvolvimento e a socialização do adolescente é o grupo de pares onde encontram fontes de motivação e reforço, tal como modelos de comportamento. Sentem que devem fazer cada vez mais escolhas restritas e multidimensionais.

- A capacidade de decisão aumenta
- Capazes de perceber as implicações futuras dos seus comportamentos
- Padrões comportamentais definidos pelo grupo de pares

Brinquedoterapêuticos:

- . Jogos: puzzles, "quebra-cabeças", enigmas, sudoku, palavras cruzadas, cartas
- . Bolas coloridas anti-stress
- . Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas

Estratégia não farmacológica:

- . Explicação e demonstração dos procedimentos
- . Distração: recordar imagens ou momentos agradáveis
- . Humor
- . Leitura
- . Relaxamento: através de exercícios respiratórios, pensamento positivo, tecnologias,
- . Musicoterapia

20

KIT “GAVETAS MÁGICAS



OUTRAS ATIVIDADES

- Revisão da norma de utilização de Solução de Sacarose para diminuir a dor durante procedimentos potencialmente dolorosos
- Promoção da musicoterapia na sala de tratamentos – programa VLC
- Alteração da folha de registos de procedimentos em balcão – introdução de algumas ENF de forma a dar visibilidade à realização de intervenções de enfermagem autónomas.

EM CONCLUSÃO...



- A dor é um sintoma subjetivo....
- As ENF no controlo da dor são um recurso importante para a sua prevenção e alívio....
- O controlo da dor é um dever e um indicador de boa prática, tornando-se fundamental avaliar, intervir e registar a intensidade da dor....
- O enfermeiro sendo o profissional de saúde que tem um contato mais próximo com a criança e jovem, representa um elo essencial na promoção do conforto e do seu bem-estar, devendo dirigir a sua atenção para intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis e o menos traumático possível.

Os pais desempenham um papel preponderante neste âmbito, pois poderão participar e colaborar na aplicação destas estratégias, promovendo o bem-estar físico e emocional da criança ou jovem

23

DÚVIDAS E SUGESTÕES



24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2008). Assessment of the behavior of children in painful situations: literature review. *Jornal de pediatria*, 84 (6), 477-486.
- Direção Geral de Saúde (2003). Circular Normativa n.º 09/ DGCG: A Dor como 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa.
- Direção-Geral de Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS (Orientação n.º 14/2010).
- DECRETO-LEI n.º 111/2009. Diário da República, 1ª Série. N.º 180 (16-09-09). Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Capítulo VI – Da Deontologia Profissional. 6547-6549.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage, *Pain*, 6, 249-252.
- Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Leiden.
- Kolcaba, K., & DiMarco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31 (3), 187-195.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Guia Orientador de Boa prática - Dor. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE. Série 1, (6).
- Watson, J., & Eres, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar: uma teoria de enfermagem*.

25



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

*Estratégias não
farmacológicas no alívio da
dor aguda na Urgência
Pediátrica*

**Obrigada pela vossa
atenção!**

Discente: Paula Sequeira
Docente Orientador: Prof.ª Doutora Maria Teresa Magão
Enfª Orientadora: Enfª Paula Figueiredo

Fevereiro 2018

26

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários com escala de posicionamento de 1 a 5 (correspondente à pontuação mais elevada). Foram utilizados os questionários em uso na instituição para avaliação das formações em serviço, que se apresenta em seguida.

Após cada ação de formação intitulada “Estratégias não farmacológicas no alívio da dor aguda na Urgência Pediátrica”, procedeu-se à avaliação das mesmas por parte dos pares, a fim de se conseguir compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO - QUESTIONÁRIO DO FORMANDO

Curso:

Ação:

Datas:

Uma vez terminado o curso, importa refletir sobre as aprendizagens e a sua opinião reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia/eficiência deste serviço em futuras acções. Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial. Responda a cada item, colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. O nº 1 corresponde à pontuação mais baixa e o nº 5 corresponde à pontuação mais elevada.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1. FORMAÇÃO

- Classifique a clareza e a definição dos objectivos do curso.
- Os temas desenvolvidos no curso foram ajustados aos objectivos da formação?
- As horas de formação ministradas foram suficientes?
- A distribuição do tempo do curso foi adequada à importância e quantidade dos temas tratados?
- Os materiais de apoio utilizados na formação (manuais, materiais específicos, documentos de apoio, etc.) foram ajustados às características do curso?

--	--	--	--	--

2. LOGISTICA

- As salas de formação apresentam boas condições (espaço, iluminação, temperatura, insonorização, higiene)?
- Os equipamentos utilizados foram adequados às actividades previstas no curso?
- Considera os meios audiovisuais adequados?
- O apoio técnico-administrativo foi adequado?

3. ASPECTOS GERAIS DO CURSO

- O curso revelou utilidade para a sua actividade profissional?
- As suas expectativas iniciais para com o curso foram satisfeitas?
- Como classifica a divulgação desta acção no seu local de trabalho?
- Os objectivos do curso foram alcançados?
- Como classifica a sua satisfação para com o curso em geral?

4. FORMADOR

- Motivou a participação do grupo?
- Despertou interesse?
- Demonstrou conhecimentos?
- Prestou os esclarecimentos solicitados?
- Utilizou uma metodologia que facilitou a aprendizagem?
- Expressou-se de forma clara e simples?
- Estabeleceu uma boa relação com o grupo?
- Classifique os contributos em termos de formação.

Refira Aspectos Positivos:

Refira Aspectos Negativos:

Dê Sugestões:

Obrigado pela sua colaboração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sessão de formação decorreu em contexto de trabalho, na sala de enfermagem.

A avaliação da sessão foi extremamente positiva, tendo todos os participantes (12) avaliado a mesma no item 5 (pontuação mais elevada), nos pontos 1 (Formação), ponto 3 (Aspectos Gerais do Curso) e ponto 4 (Formador). No ponto 2, referente à avaliação das boas condições da sala de formação (espaço, iluminação, temperatura, insonorização, higiene), que foi classificado no item 4 por 3 enfermeiros.

A reflexão e discussão que emergiu da sessão foram extremamente produtivas, dando origem a várias sugestões para a melhoria dos cuidados. Refletiu-se em conjunto sobre os motivos que se apresentam como obstáculos à implementação de estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor da criança e jovem, a par com o apresentado pela evidência científica. Foram analisadas situações concretas de cuidados em que ficou demonstrado que o recurso a estas estratégias se revelou benéfico.

Desta atividade emergiram algumas sugestões de melhoria dos cuidados de enfermagem, assumindo a equipa voluntariamente o compromisso consciente, quanto à implementação, mais frequente, consistente e sustentada das estratégias não farmacológicas no alívio e controlo da dor. No final da sessão de formação no espaço aberto a dúvidas/sugestões, foi convidada a integrar o Grupo de Trabalho de controlo da Dor no meu contexto de trabalho, que se torna num passo para um futuro a desempenhar funções de EEESIP, na área da gestão diferenciada da dor.

Ao enfermeiro especialista compete ser facilitador de aprendizagens na sua área de especialidade, promovendo a formação e baseando as suas intervenções em evidência científica, atual e credível. Por outro lado, o EEESIP deve desenvolver competência quanto aos conhecimentos e habilidades relacionadas com a promoção do conforto da criança, jovem e família, nomeadamente no que diz respeito à gestão diferenciada da dor através da implementação das intervenções não farmacológicas, que ressalvam a intervenção autónoma do enfermeiro, valorizando e humanizando os cuidados prestados. Neste sentido, consideramos que a realização da presente atividade contribuiu não só para o desenvolvimento destas competências como para o aprofundamento de conhecimentos e aprendizagens na equipa de enfermagem.

APÊNDICE XV

A música na sala de tratamentos

NOTA INTRODUTÓRIA

A unidade de Urgência Pediátrica é um local onde são realizados inúmeros procedimentos dolorosos à criança e ao jovem, pelo que é necessário haver uma intervenção nessa área, para que a criança/jovem não fique tão ansiosa. Nesta linha de pensamento e tendo em conta o tema do meu projeto de estágio, a promoção do conforto na gestão diferenciada da dor aguda, pretendo desenvolver a técnica de musicoterapia na sala de tratamentos. O objectivo que pretendo alcançar é implementar no serviço uma estratégia de intervenção sistematizada à criança/jovem durante procedimentos dolorosos. Como atividade para concretizar este objectivo delineei a organização de uma pasta de músicas adequadas para as diferentes faixas etárias da criança e jovem, promovendo a utilização de musicoterapia na sala de tratamentos. Esta pasta está localizada no ambiente de trabalho do computador da sala de tratamentos, onde se encontra um conjunto de músicas infantis, para tornar o ambiente mais harmonioso.

A MÚSICA NA SALA DE TRATAMENTOS

O interesse da música pela enfermagem remonta aos tempos de Florence Nightingale, como “tratamento para amenizar a dor” (Oliveira, Oselame, Neves & Oliveira, 2014), podendo a dor na criança ser sentida logo desde cedo e em todas faixas etárias, desencadeando reações fisiológicas, emocionais e motoras (OE, 2013).

Um dos princípios orientadores pelo Programa Nacional de Controle da Dor (DGS, 2008, p.8), revela que “todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar o sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada”, ou seja, todas as pessoas têm o direito ao alívio e controlo da dor.

As estratégias não farmacológicas têm um carácter psicológico e são muito importantes na gestão da dor, podendo ser utilizadas em conjunto com as intervenções farmacológicas ou de forma isolada (OE, 2013). A seleção e utilização das estratégias não farmacológicas terão de ter em conta os recursos existentes, a sensibilidade da criança à dor, preferências, habilidades, estágio de desenvolvimento, estratégias de *coping*, tipo de dor, características e contexto, sendo consideradas intervenções autónomas, uma vez que a sua prescrição e implementação podem ser realizadas pelos enfermeiros, não necessitando de outro profissional de saúde para o fazer (OE, 2013).

Segundo Nobre, Leite, Orsini & Corrêa (2012), a música pode provocar efeitos benéficos na pessoa, como a redução da dor, diminuir o desconforto e aumentar, assim, a qualidade de vida. Para Hatem Lira & Mattos (2006, p.186), a musicoterapia é definida como um “processo sistemático de intervenção em que o terapeuta ajuda o paciente a promover a saúde utilizando experiências musicais e as relações que se desenvolvem através delas (...)”.

O uso de música terapêutica apresenta inúmeros benefícios em diversos níveis de funcionamento da pessoa, na medida em que suscita diversas reações fisiológicas, com impacto no ritmo cardíaco, pressão arterial, temperatura da pele e respostas musculares, e reações ao nível psicológico podendo influenciar o estado de espírito, o humor e as respostas afetivas (Garcez & Monteiro, 2010). Segundo os mesmos autores, a música tem-se demonstrado eficaz na redução da dor e da ansiedade.

Desta forma, foi criada uma Pasta de Músicas, como recurso para a sala de tratamentos, pretendendo-se que a criança/jovem se concentre na música e não na dor ou no procedimento, promovendo o conforto tanto da criança/jovem, como dos pais durante procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos.

Constituição da Pasta de Músicas

- Lista de músicas adequadas à cada faixa etária:

Recém-Nascido e Lactentes <u>- Música de embalar</u> Canções de embalar (youtube)	Idade Escolar <u>- Músicas Infantis</u> Música da Disney Músicas tradicionais de Jardim de Infância
Idade Toddler e Pré-Escolar <u>- Músicas infantis</u> Xana Toc-Toc Panda e os Caricas Ruca Nody Músicas tradicionais de Jardim de Infância	Adolescentes <u>- Música Pop</u> Carolina Deslandes Diogo Piçarra Agir

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral de Saúde (2008). Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD. *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Garcez, A. F., & Monteiro, S. (2010). *Musicoterapia na Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta*. In: DOR. 18 (4), 5-9.
- Hatem, T. P., Lira, P.I.C., & Mattos, S. S. (2006). Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Jornal de Pediatria*. 83 (3), 186-192
- Nobre, D. V., Leite, H. R., Orsini, M., & Corrêa, C. L. (2012). Respostas fisiológicas ao estímulo musical: Revisão de literatura. *Revista Neurocienc*. 20 (4), 625-633.
- Oliveira, M. F., Oselame, G. B., Neves, E. B., & Oliveira, E. M. (2014). Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três corações*. 12 (2), 871-878.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, Série I, (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE XVI

**Norma de Procedimento: Utilização de Solução de Sacarose para diminuir a dor
durante procedimentos potencialmente dolorosos**

<i>Urgência Pediátrica</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT / URG – 3011
----------------------------	--

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Utilização de Solução de Sacarose para diminuir a dor durante procedimentos potencialmente dolorosos
FINALIDADE:	Diminuir a dor provocada por tratamentos ou outros procedimentos potencialmente dolorosos, em crianças até aos 18 meses
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros da UP
PALAVRAS-CHAVE:	<i>Dor; Sacarose; Procedimentos</i>

Autor (es)	Fátima Prior, Filipa Brazão, Mónica Esteves, Paula Figueiredo	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	3	Data de Revisão	2018.02.07

REGISTO DE ALTERAÇÕES

[illegible]

ABREVIATURAS:

- ml – mililitro
- RN – Recém-Nascido
- UP – Urgência Pediátrica

OBJETIVOS:

- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao RN e criança, pela equipa de enfermagem da unidade de UP;
- Prevenir e aliviar a dor aguda do RN e criança, associada à realização de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos;
- Promover o conforto do RN e criança.

ÂMBITO DE APLICAÇÃO:

- Aplica-se à Equipa de Enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital Garcia de Orta.

DEFINIÇÕES:

Dor – Atualmente definida como o 5º sinal vital, é uma experiência desagradável e subjetiva, pelo que a forma como se vive e classifica é única e intransmissível (OE, 2013).

Conforto – conceito primordial para o cuidado holístico e complexo em enfermagem pediátrica, cujo resultado é essencial para os cuidados prestados. (Kolcaba, 2003).

Sacarose – Dissacarídeo de gosto adocicado, formado por uma molécula de glicose e uma de frutose, produzida pela planta ao realizar o processo de fotossíntese (Okan, 2007)

CONCEITO:

- A dor por si só, em qualquer faixa etária, é uma situação que requer a maior das atenções por parte da equipa de Enfermagem e constitui, na sua manifestação aguda, um dos principais motivos de recurso a cuidados de saúde por parte da população em geral (Batalha, 2010). Na idade pediátrica, o seu controlo e alívio devem constar na prioridade dos cuidados de Enfermagem.

- A administração de solução de sacarose (em gotejo) em associação com a sucção não-nutritiva, comprovou-se ser o método não farmacológico mais eficaz e seguro no alívio da dor em recém-nascidos e crianças até aos 18 meses;
- As soluções adocicadas (sacarose e dextrose) levam à libertação de endomorfina que reduzem a resposta à dor e ao stress;
- Vários estudos provam a eficácia destas soluções, administradas por via oral com associação da sucção não nutritiva, antes e durante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos ou desconfortáveis.
- Segundo os Consensos em Neonatologia (2004), o uso da chucha com sacarose de 12% a 24%, parece eficaz na diminuição da dor associada a punção do calcanhar, melhora a oxigenação, as funções gastrointestinal e respiratória, diminui a agitação, a frequência cardíaca e o consumo de energia;
- A associação de outras medidas como o conforto, a contenção e o anestésico local (Ex.: EMLA) quando associados à sucção não nutritiva, potencializa a eficácia da solução de sacarose.

PROCEDIMENTOS NOS QUAIS ESTÁ RECOMENDADA:

- Algaliação;
- Colocação de cateter arterial periférico;
- Colocação de cateter epicutâneo;
- Colocação de cateter venoso central;
- Colocação de cateter venoso periférico;
- Colocação de sonda gástrica;
- Desbridamento vascular (arterial ou venoso periférico),
- Injecções subcutâneas e/ou intramusculares;
- Punção arterial;
- Punção do calcanhar;
- Punção lombar;
- Punção Supra-púbica;
- Punção venosa periférica;
- Outros.

Valorizar a dor na criança torna-se uma exigência profissional que reconhece como pessoa a quem são prestados cuidados personalizados cada vez mais no caminho da excelência de cuidados.

EFEITOS SECUNDÁRIOS:

- Hiperglicemia (se mais que 6 x 2 ml)

ATENÇÃO:

A solução de sacarose preparada pela farmácia, tem uma concentração de 24% e deve ser conservada dentro do frigorífico, tendo uma estabilidade de 8 dias.

Dose mínima eficaz: 0,05-0,5mL

Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos.

Doses máximas/procedimento

27-31 semanas de IG: 0,5mL

32-36 semanas de IG: 1mL

Recém-nascidos de termo: 2mL

Frequência máxima de 4 tomas no RN prematuro; 6 tomas no RN de termo.

DESCRIÇÃO:

- Informar os pais e pedir autorização;
- Administrar a solução de sacarose 2 minutos antes de se iniciar o procedimento, para permitir que se inicie o efeito da solução;
- O efeito analgésico persiste por cerca de 5 a 10 minutos, se necessário pode repetir até perfazer 2ml;
- Se o procedimento ultrapassar o tempo de analgesia (5-10 minutos), pode repetir a dose recomendada;
- Administrar na porção anterior da língua, pois é a zona onde se encontram a maioria das papilas gustativas com receptores para o doce;

- Associada à sucção, a solução de sacarose é mais eficaz - tem efeito calmante ao mesmo tempo que desvia a atenção da criança para a satisfação oral, daí a importância de se oferecer simultaneamente a chucha;
- Durante o procedimento potencialmente doloroso associar medidas não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente ao nível do ambiente, posicionamento da criança e promoção da sucção não nutritiva para prevenir o stress e minimizar os efeitos da dor;
- Deve registar-se a dose administrada, a hora de administração, o motivo da administração, assim como o grau de eficácia pois permite avaliar a eficácia da solução de sacarose no alívio da dor do RN e criança.

PRECAUÇÕES:

- Exclusivamente para uso oral
- Não reutilizar as doses individuais
- Após abertura tem prazo de conservação
- Conservar a uma temperatura entre os 4º e os 32ºC.

REFERÊNCIAS:

- Direção-Geral da Saúde (2012). Circular Normativa N.º022/2012. *Orientações técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Gaspardo, C. M., Linhares, M. B. M., Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria* (Rio J), 81, 435-442.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.
- Okan, F., Coban, A. Ince, Z., Yapici, Z., Can, G. (2007). Analgesia in preterm newborns: the comparative effects of sucrose and glucose. *European Journal of Pediatrics*, 166 (10, 1017-1024.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Sharyn, G., Bonnie, S. (2001). Mechanisms of sucrose and non-nutritive sucking in procedural pain management in infants. *Pediatric Pain Management*, 6 (1), 21-28.

APÊNDICE XVII

Estrutura Taxonómica de Kolcaba de acordo com os vários contextos de estágio

Contexto de Cuidados de Saúde Primários

Contexto do conforto		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico		- Aplicação das ENF no alívio e controlo da dor aguda.	
	Psicoespiritual		- Escuta ativa e valorização de receios e dúvidas. - Oportunidade de partilha de sentimentos vivenciados, nomeadamente a ansiedade e angústia dos pais.	
	Sociocultural		- Promoção e esclarecimento de dúvidas acerca do aleitamento materno. -Estabelecimento de uma relação de proximidade e terapêutica.	- Promoção do Empowerment. - Otimizadas as potencialidades de desenvolvimento da criança/jovem.
	Ambiental		- Educação para a saúde sobre regras de segurança e prevenção de acidentes. - Ambiente terapêutico e confortável.	

Contexto de Internamento

Contexto do conforto		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico			
	Psicoespiritual	- Utilização de um tom de voz calmo, sereno e tranquilo.		- Valorização dos conhecimentos dos pais. Capacitação e envolvimento parental.
	Sociocultural		- Entrega de um folheto informativo dirigido aos pais.	- Promoção das rotinas diárias habituais e de brinquedos familiares Parceria de cuidados.
	Ambiental	- Promoção de um ambiente acolhedor, individualizado e terapêutico.	- Respeito pela privacidade e espaço da criança.	

Contexto de Cuidados Intensivos Neonatais

Contexto do conforto		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de contenção. - Técnicas de posicionamento. - Utilização de ENF no alívio e controlo da dor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do toque terapêutico. 	
	Psicoespiritual		<ul style="list-style-type: none"> - Promoção do método canguru. 	
	Sociocultural			<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da capacitação, envolvimento e parceria dos pais nos cuidados. - Promoção da vinculação.
	Ambiental		<ul style="list-style-type: none"> - Organização de cuidados. - Manipulação mínima. 	

Contexto de Urgência Pediátrica

Contexto do conforto		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico		- Técnicas de distração. - Musicoterapia.	
	Psicoespiritual			
	Sociocultural		- Valorização de preocupações sentidas pela criança/jovem e família. - Escuta ativa. - Promoção de uma relação de proximidade. - Estabelecimento de uma comunicação efetiva.	- Satisfação das necessidades de apoio dos pais.
	Ambiental			